

UNIVERSITE PARIS 7-DENIS DIDEROT
FACULTE DE MEDECINE

Année : 2009

n° de thèse :

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PRETO Isabel

Née le 3 juin 1979 à Thiais (94)

Présentée et soutenue publiquement le : 28 octobre 2009

**Comment améliorer le dépistage de la dépression chez les personnes
âgées institutionnalisées démentes ?**

- Analyse critique d'une échelle d'évaluation d'aide au diagnostic appliquée auprès de 97 personnes âgées institutionnalisées
- Evaluation des différentes difficultés diagnostiques rencontrées par les médecins généralistes à travers une étude qualitative

Président : Professeur Bruno CRESTANI

Directeur : Docteur Bruno LEPOUTRE

D.E.S de MEDECINE GENERALE

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu le Dr Bruno Lepoutre pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse, et pour son encadrement et son aide qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Je remercie également l'ensemble des membres du jury et le président de jury.

J'adresse mes remerciements à Mme Vilocy Céline (directrice de la résidence Arpage d'Enghien les Bains) et à Mme Boukerrou Leila (directrice de la résidence Arpage Lannelongue de Vanves) pour m'avoir permis de réaliser mon travail de recherche au sein de leurs établissements.

Un grand merci au Dr Isabelle Demonsant, médecin coordonnateur de la résidence Arpage de Vanves, pour son accueil, sa disponibilité et son aide dans le recueil des données.

Je voudrais également remercier l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale de ces deux résidences : infirmières, aide soignante, auxiliaires de vie, psychologue... pour leur gentillesse, leur accueil et l'aide qu'ils m'ont apportée.

Merci également à tous les médecins généralistes, qui ont accepté de participer à l'étude malgré leurs impératifs quotidiens.

Merci enfin à mes parents, ma sœur et mes amis pour leur soutien.

Sommaire

I. <u>Introduction</u>	6
II. <u>Motifs de l'étude</u>	9
A. La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez la population âgée et il existe de nombreux facteurs de risque	10
a) La dépression et sa fréquence dans la population gériatrique.....	10
b) Le vieillissement source de facteurs dépressogènes.....	10
B. Le diagnostic de la dépression.....	13
a) La clinique de la dépression chez la personne âgée : les critères du DSM-IV et une sémiologie clinique particulière.....	13
b) Les outils diagnostiques.....	18
C. Chez les patients déments la dépression peut atteindre 40 à 50%.....	21
a) La démence et ses caractéristiques : épidémiologie et critères diagnostiques..	21
b) La fréquence des troubles dépressifs chez les déments.....	23
c) Dépression et démence : deux pathologies intriquées / outil d'aide au diagnostic.....	25
D. Les conséquences de la dépression chez les personnes âgées.....	28
a) Les conséquences médicales, sociales et économiques.....	28
b) La dépression et son pronostic en milieu gériatrique.....	31
E. L'efficacité du traitement de la dépression, qui repose sur des moyens médicamenteux et non médicamenteux, est prouvée.....	34
a) Le traitement médicamenteux et sa prescription : évolution paradoxale dans le temps.....	34
b) Le traitement non médicamenteux et son efficacité.....	40
F. Problématique.....	44

III. <u>Méthode</u>	47
A. Etude quantitative descriptive.....	48
a) Lieu de l'étude.....	48
b) Caractéristiques de la population étudiée.....	48
c) Recueil de données.....	49
d) Analyse des données.....	50
B. Etude qualitative.....	51
a) Généralités	51
1. Pourquoi réaliser une étude qualitative ?.....	51
2. Comment réaliser une étude qualitative ?.....	51
b) Application de cette méthode de recherche au sujet étudié.....	52
1. Justification.....	52
2. Sélection des personnes interviewées.....	53
3. Mise en place de l'entretien.....	53
4. Recueil et analyse des données.....	54
5. Limitation des biais.....	54
IV. <u>Résultats</u>	55
A. Etude quantitative descriptive.....	56
a) Caractéristiques de la population.....	56
b) Traitement médicamenteux	57
c) Dépression et prévalence.....	59
d) Evaluation cognitive et démence.....	60
e) Evaluation de l'humeur et échelle de Cornell.....	62
f) Evaluation de l'humeur et altération cognitive.....	65
B. Etude qualitative.....	67
a) Description de l'échantillon.....	67
b) Points de vue des médecins concernant la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées dementes.....	67

V. <u>Discussion</u>	82
A. La dépression et son évaluation.....	83
B. La prise en charge médicale diagnostique et thérapeutique.....	92
C. Des actions en cours : HAS et le programme 2007-2010 pour l'amélioration de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées.....	111
VI. <u>Conclusion</u>	113
VII. <u>Bibliographie</u>	117
VIII. <u>Annexes</u>	130
A. Annexe 1 : L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) à 30 items.....	131
B. Annexe 2 : L'échelle GDS à 15 items.....	132
C. Annexe 3 : L'échelle GDS à 4 items.....	133
D. Annexe 4 : L'échelle de Cornell.....	134
E. Annexe 5 : Le MMSE.....	135
IX. <u>Résumé</u>	137

I. Introduction

La dépression est une pathologie fréquente chez la personne âgée. Les différentes études épidémiologiques soulignent toutes sa grande fréquence. Les estimations de prévalence varient sensiblement selon les études en fonction d'une part les populations étudiées (population générale, population en médecine générale, population des structures de soins et d'hébergement) et d'autre part, des critères d'évaluation (critère diagnostique selon la DSM, échelle d'évaluation spécifique).

Comme il a été démontré dans la littérature, la dépression est fréquente dans la population gériatrique en particulier chez ceux présentant une altération des fonctions cognitives et institutionnalisés. A défaut d'utiliser des méthodes fiables pour l'évaluation et le diagnostic de troubles dépressifs, la prévalence d'une dépression chez les patients atteints de démence d'Alzheimer ou troubles apparentés varie de 22,5% à 54,4 %.

Malgré les difficultés diagnostiques (liées à la grande variabilité des tableaux cliniques) que l'on peut rencontrer chez la population gériatrique, nous disposons d'outils d'aide au diagnostic validés et spécifiques de la personne âgée démente.

Par ailleurs le pronostic est plus sombre que chez les jeunes : la dépression retentit comme on le verra de manière importante sur la qualité de vie en terme de dépendance, de morbidité physique, mortalité et est un facteur de coût en matière de dépense de santé.

L'efficacité du traitement de la dépression qui repose sur des moyens médicamenteux et non médicamenteux est prouvée notamment en termes d'amélioration de la qualité de vie.

Cependant, malgré ces constatations, cette pathologie reste largement sous diagnostiquée de l'ordre de 30 à 40% et sous traitée comme le confirme l'ensemble des études. Tous les auteurs insistent sur la nécessité d'améliorer le diagnostic afin de proposer une prise en charge adaptée.

Un dépistage systématique à l'aide d'outil validé, spécifique pour les personnes âgées et facile d'utilisation en médecine générale pourrait-il améliorer le dépistage de la dépression au sein de cette population ?

Au vu de ces constatations et afin de pouvoir apporter des éléments de réponse, notre but à travers ce travail de recherche va être double :

- Dans un premier temps, une étude descriptive sera réalisée au sein de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : le but étant de donner une description de la population vivant en maison de retraite, d'évaluer un outil d'aide au diagnostic de la dépression : l'échelle de Cornell et plus particulièrement d'en évaluer sa faisabilité dans une institution.
- Dans un deuxième temps, nous mèneront une étude qualitative, basée sur des entretiens semi dirigés, auprès de différents médecins généralistes intervenant sur cette population, afin d'évaluer les pratiques, les attitudes des soignants face au dépistage de la dépression chez la personne âgée en institution présentant des troubles cognitifs. L'objectif étant d'identifier les principales difficultés diagnostiques et par conséquent les obstacles pouvant limiter le diagnostic de cette pathologie.

Cette étude n'a pas pour but d'être une étude représentative ou d'apporter des résultats significatifs transposables à toute une population mais d'apporter une certaine approche explicative du phénomène étudié, un certain niveau de compréhension au constat fait concernant le sous diagnostic de la dépression dans la population gériatrique présentant une démence sous jacente.

II. Motifs de l'étude

A. La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez la population âgée et il existe de nombreux facteurs de risque.

a) La dépression et sa fréquence dans la population gériatrique

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez la personne âgée. Les différentes études épidémiologiques soulignent toute sa grande fréquence. Les estimations de prévalence varient sensiblement selon les études en fonction d'une part les populations étudiées (population générale, population en médecine générale, population des structures de soins et d'hébergement) et d'autre part, des critères d'évaluation (critères diagnostiques selon la DSM, échelle d'évaluation spécifique). En population générale, les taux sont de 1 à 4% lors d'études basées sur les critères du DSM et atteignent 11 à 16% lorsque les échelles d'évaluation spécifiques des personnes âgées sont utilisées. (1) En médecine générale 15 à 30% des personnes âgées qui consultent présentent des symptômes dépressifs significatifs. (1) Ce taux peut atteindre 43 % en institution selon les méthodes utilisées. (1)

Selon Teresi J. (2), la prévalence de troubles dépressifs est élevée en institution mais leur reconnaissance est relativement basse avec seulement 37% à 45% de cas diagnostiqués selon des critères cliniques de la DSM. L'utilisation d'échelle d'évaluation spécifique permet d'augmenter ce taux de dépistage aboutissant ainsi à une prévalence de l'ordre de 47 à 55%.

b) Le vieillissement source de facteurs dépressogènes

Le vieillissement, en tant que crise existentielle peut être envisagé comme facteur de dépression. Cette période est riche en facteur dépressogène et évolue par crises qui aboutissent à des réorganisations dépendant fortement des capacités adaptatives du sujet âgé. (3)

Les personnes âgées sont davantage que les autres confrontées à des événements à l'origine de dépression. Certains facteurs de risque de dépression chez la personne âgée se dégagent à travers des études épidémiologiques.

En premier lieu, les problèmes de santé et de fonctionnement physique peuvent prédisposer à l'apparition de signe dépressif. (4)

Plus précisément, la perte d'autonomie, la dépendance physique (5) (6), l'incapacité de la vie quotidienne, le nombre de comorbidités médicales (6), sans oublier l'utilisation de médicaments psychotropes (5) semblent être associés à une symptomatologie dépressive chez le sujet âgé de façon significative. Il est à noter également l'importance de l'environnement social : une perturbation, une rupture du fonctionnement social (4) favoriseraient l'apparition d'une dépression. La perte de contact et de support social, apparaît être associé à l'apparition de symptômes dépressifs, association d'autant plus marquée chez la femme. (7)

Selon Evans S. (8), les symptômes dépressifs seraient plus présents chez les personnes âgées ayant un niveau faible d'intelligence et un manque de relation de confiance.

De même, il apparaît que les personnes âgées vivant en milieu rural seraient plus prédisposées à développer des symptômes dépressifs que ceux vivant en milieu urbain. (9) Il ne faut pas oublier la perte de proche, le veuvage, en particulier chez les personnes âgées jeunes (64 -74 ans) chez qui il est à risque de développer une symptomatologie dépressive chronique après la période de veuvage. (10)

D'après Green BH, (11) 3 facteurs significativement associés avec le développement de la dépression se dégagent (étude réalisée avec 1070 personnes âgées, cohorte suivie sur 3 ans) : une vie insatisfaisante, un sentiment de solitude et le tabac. Enfin, dans une étude réalisée en maison de retraite, en dehors des différents facteurs déjà cités ci-dessus (l'âge, la limitation fonctionnelle, les événements négatifs de la vie, la solitude, le manque de support social), d'autres éléments sont rapportés comme étant des facteurs prédisposant au

développement d'une dépression (12) : la douleur, les altérations visuelles, les accidents vasculaires cérébraux, et l'insuffisance d'attention et de soins.

B. Le diagnostic de la dépression

a) La clinique de la dépression chez la personne âgée : les critères du DSM-IV et une sémiologie clinique particulière

Le tableau clinique de la dépression en gériatrie est similaire à celui des adultes jeunes. Selon le système de diagnostic paru dans la quatrième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV), le trouble dépressif majeur répond à un certain nombre de critères cités ci-dessous :

DIAGNOSTIC DE LA DEPRESSION - DSM-IV

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pendant pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 7 Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement de se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- 8 Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur

Cependant il existe certaines spécificités et la présentation clinique de la dépression est souvent moins évidente et moins franche, que chez le sujet jeune.

La dépression du sujet âgé se caractérise essentiellement par sa fréquence et par la grande variabilité des modalités de sa présentation clinique. (13)

La symptomatologie exprimée ne sera pas identique pour tous les patients. Certains présenteront les aspects classiques que l'on peut trouver chez l'adulte (éléments cliniques traditionnels selon DSM-IV), d'autres au contraire auront des manifestations atypiques (éléments cliniques plus spécifiques) pouvant être un obstacle au diagnostic. Se baser uniquement sur les critères du DSM-IV permet de passer à côté d'une proportion de seniors présentant des symptômes cliniques spécifiques de la dépression. (14)

Selon Leger et Clément (15), cela reposerait sur la caractéristique de forte hétérogénéité de la population âgée, le processus de vieillissement n'évoluant pas de façon identique pour chaque être humain.

Ainsi la symptomatologie clinique peut se présenter sous une forme plus atténuée. La dépression peut évoluer à bas bruit ou être masquée, ainsi les praticiens généralistes et le personnel soignant s'occupant des personnes âgées sont très souvent confrontés à des tableaux plus atypiques que chez les personnes plus jeunes. (16)

Selon Hazif –Thomas (16), les traits spécifiques de la dépression de la personne âgée seraient : l'instabilité, l'agressivité, la colère, la somatisation fréquente, l'hypochondrie, la démotivation, la sensation douloureuse et de vide intérieur, l'ennui, le repli sur soi, l'isolement, l'angoisse matinale, la confusion, la dépendance, les troubles mnésiques allégués, l'impression d'être inutile, les suicides programmés et réussis.

En effet, les modifications récentes du comportement, du caractère peuvent être un des éléments prédominant du tableau clinique. Cette dépression hostile avec manifestation caractéristique est souvent dirigée vers les personnes de l'entourage qui cherchent à aider la personne âgée.

Les signes d'irritabilité, la perte d'intérêt et le sentiment de ne pas pouvoir faire les choses correctement, semblent plus fréquents chez le sujet âgé que chez le jeune. (17) Les sujets âgés déprimés sont souvent irritables et hostiles (présentation caractéristique) ils refusent de répondre aux questions et deviennent coléreux. (18)

D'après Muller-Spahn F. (19), les symptômes dépressifs chez la personne âgée sont fréquemment associés à des plaintes somatiques diffuses, une agitation psychomotrice et une anxiété. Idée retrouvée dans l'étude récente de Mrduljas-Dujic N. et Coll. (20), où l'anxiété, l'irritabilité et la nervosité sont exprimées de façon plus marquée chez le groupe de personnes âgées déprimées.

Pour Husain et Coll. (22), au contraire, les personnes âgées semblent présenter moins d'irritabilité, semblent développer moins de symptômes compatibles avec des troubles d'anxiété généralisée, des troubles phobiques (phobie sociale), des troubles paniques.

La dépression peut être à l'origine de déficit cognitif qui peut en effet devenir un trait clinique essentiel de certains sujets âgés dépressifs (31) et faire évoquer le diagnostic de démence par erreur. Les troubles mnésiques peuvent ainsi être au premier plan sans qu'il existe une démence sous jacente : l'utilisation de différents outils d'évaluation s'avère utile dans ces cas là.

Lorsque l'anxiété est au premier plan, masquant par conséquent cet état dépressif ceci conduit souvent à une prescription d'anxiolytique seule ou en association avec des antidépresseurs. Selon Valenstein et Coll. (23), la plupart des recommandations sur le traitement de la dépression insiste sur le traitement antidépresseur et recommande que les benzodiazépines soient utilisées de façon minimale surtout chez les personnes âgées. Or à travers cette étude, 36% des patients déprimés avaient une prescription de benzodiazépines et les personnes âgées étaient plus susceptibles de recevoir ces traitements que les plus jeunes. L'utilisation associée d'anxiolytique doit davantage constituer une exception qu'une règle.

(13)

L'association d'une dépression et d'une anxiété est surtout retrouvée chez les femmes âgées. (21)

Des troubles du comportement semblent également fréquents dans les états dépressifs de la population gériatrique. Notamment, la symptomatologie délirante n'est pas rare chez le sujet âgé déprimé. (24) Elle peut être au premier plan.

Les personnes âgées développent souvent un état mélancolique évoqué parfois devant une dépression avec idées délirantes. (25)

La dépression mélancolique se caractérise par l'intensité de la douleur morale, la prédominance matinale, le sentiment d'indignité, d'incurabilité, de culpabilité, les idées délirantes sont fréquemment associées (ruine, autre thème congruent à l'humeur).

Le délire peut être en conformité avec l'humeur dépressive prédominante, avec par exemple, une culpabilité ressentie pour un acte jamais commis, ou inversement, non en conformité avec l'état thymique (avec persécution, délire de négation) évoluant à l'extrême vers le syndrome de Cotard (délire associant négation d'organe, immortalité et damnation) où le patient est persuadé que ces organes ont disparu ou fonctionnent mal. En dépit de ces troubles de l'humeur, ceci incite souvent la prescription de neuroleptique alors que ces personnes répondent favorablement à un traitement antidépresseur. (25)

De même, plutôt que de retrouver des idées de culpabilité, de faute et de pauvreté il est fréquent de retrouver les thèmes de persécution, de jalousie, de préjudice mais les tableaux atypiques peuvent se présenter ce qui complique leur identification et donc leur traitement. (26)

Très fréquemment la plainte somatique peut dominer le tableau clinique et être par conséquent source d'erreur diagnostique et de prescription inutile d'exams.

Avec l'avancé en âge, on assiste à des modifications parfois péjoratives de l'image du corps et il y a parfois un affaiblissement du fonctionnement mental se traduisant par une

difficulté à éprouver et à verbaliser les émotions et les affects pénibles, ceci expliquerait la fréquence des dépressions à masque somatique. (27)

Avec l'âge le risque polyopathologique augmente. La prévalence des maladies somatiques chez les patients psychiatriques est de 40%. Cette comorbidité est d'autant plus fréquente que le sujet est âgé. Près des deux tiers des sujets ont des plaintes somatiques prédominantes qui sont souvent le symptôme initial de la maladie dans 30% des cas. (27) Il peut s'agir de troubles de mémoire, difficulté de concentration, désordres gastro intestinaux, mauvais état général, douleur ostéo-articulaire et musculaire, céphalées, troubles cardiovasculaires.

Chez les personnes âgées déprimées, la douleur est ressentie de façon plus intense et les traitements antalgiques sont moins efficaces. (20)

Le sujet âgé se plaint aussi de façon préférentielle de son sommeil qui se modifie déjà de manière naturelle avec le vieillissement. Les troubles du sommeil à type d'insomnie sont fréquemment rencontrés dans différentes études, plus que l'hypersomnie. (22)

Selon Aguilar-Navarro et Coll. (28), la fatigue, l'insomnie et l'anorexie sont de loin les principaux symptômes de la dépression de la personne âgée rencontrés.

Mrduljas-Dujic et Coll. (20) apporte également comme tableau prédominant l'insomnie avec entre autres, l'insécurité et l'hypochondrie.

Très fréquemment les symptômes hypochondriaques peuvent dominer le tableau clinique. (19) La symptomatologie hypochondriaque amène aussi de nombreuses plaintes. (27)

Les manifestations hypochondriaques sont principalement cardio vasculaires, urinaires et gastro intestinales. (29)

La tendance à développer des idées hypochondriaques est retrouvée dans plus de la moitié des cas des sujets âgés déprimés, et serait renforcée par l'enchaînement d'examen complémentaires. Le masque de l'hypochondrie doit être considéré comme une prise en

charge particulière car c'est un facteur de risque majeur de tentative de suicide ou de suicide réussi. (25)

Les idées hypochondriaques peuvent également atteindre des proportions délirantes.

Chez les personnes âgées de moins de 80 ans la résignation, l'apathie et l'incapacité semblent contribuer de façon identique à la symptomatologie dépressive alors que chez les plus de 80 ans, la dépression est plus souvent associée à l'apathie. (30) L'apathie est définie comme un manque de motivation et se développe dans une variété de troubles neuropsychologiques. (31)

A l'extrême, la dépression peut se présenter comme une anhédonie : le sujet se plaint d'un manque de vigueur et une incapacité à prendre plaisir à une quelconque activité, et ceci est vécu de façon pénible, douloureuse et permanente et est différent de la perte d'intérêt normale liée au vieillissement. (32)

Ainsi la présentation clinique de la dépression chez la personne âgée est différente, l'humeur dépressive est souvent absente ou masquée au profit de plaintes à type d'anxiété, de somatisation (symptômes généraux ou gastro intestinaux), d'hypochondrie et d'insomnie. (33)

b) Les outils diagnostiques

Des éléments d'évaluation, ayant pour but d'aider au dépistage et au diagnostic de la dépression du sujet âgé sont à disposition des praticiens.

Certains sont non spécifiques du sujet âgé :

- Les critères cliniques diagnostiques fondés sur le DSM-IV, vus ci-dessus : ce sont des éléments d'approche et d'aide à la compréhension clinique. Certains considèrent cette classification comme non pertinente car elle superpose des facteurs motivation et trouble de l'humeur. Si elle minore les situations de troubles dépressifs du sujet âgé, il semble qu'en revanche elle favorise le repérage de troubles anxieux. (34)
- Pour information on peut citer la Hamilton Depression Rating Scale

(HDRS), Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) et The Hopelessness Index (Index de desespoir) peu ou pas utilisées en France.

D'autres outils sont spécifiques à la personne âgée :

- La Geriatric depression scale (GDS) mise au point en 1982 par Yesavage et Coll. (35) est devenue l'outil diagnostique de référence pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé. Ces auteurs ont élaboré un auto-questionnaire de 30 items, cotés oui ou non. Le score obtenu permet une classification des sujets en sévèrement dépressifs (score de 20 à 30), légèrement dépressifs (score de 10 à 19) et normal (score de 0 à 9). (cf. annexe 1)

La GDS apparaît comme un outil fiable et valide pour détecter la dépression du sujet âgé. (35)

Les études montrent pour la GDS-30, une sensibilité variant de 85,1 % (dépression mineure) à 96,3 % (dépression majeure) avec une spécificité de 62 à 69,1 % (36) (37) : outil considéré comme fiable chez les patients ne présentant aucun trouble cognitif et chez les patients avec des troubles cognitifs légers à modérés (MMSE > ou = à 15).

A partir de la GDS-30, des versions plus courtes à 15, 10, 4 items ont été développées et toutes ont fait l'objet d'études. La version raccourcie à 15 items (cf. Annexe 2) a une fiabilité et une efficacité comparable à la GDS-30. (38)(39) Pour une valeur seuil de 7, la sensibilité a été évaluée à 74 % et la spécificité à 81 %. (40)

La GDS à 4 items (cf. annexe 3) ou mini-GDS a également un haut niveau de fiabilité interne (41) (42) avec une sensibilité variant de 69 à 71 % et une spécificité variant de 80 à 88 % selon les études. La version courte de la mini GDS et sa capacité de discrimination fait de cet outil un outil efficace, facile et rapide d'utilisation pour le dépistage d'une symptomatologie dépressive notamment en ambulatoire.

Au total, la sensibilité de la plupart des versions courtes est satisfaisante (36) (37) variant entre 88.9 et 100 % pour les troubles dépressifs majeurs et entre 63.8 et 97.9 % pour les troubles dépressifs mineurs. La meilleure sensibilité (96.3 et 78.7 %) et spécificité (69.5

%) est retrouvée pour la GDS 10 développée par D'Ath et al. (43) qui rapporte des chiffres pratiquement identiques.

- Le problème de son utilisation se pose dans un contexte d'atteinte des fonctions cognitives. (44) (45)

La GDS est un instrument efficace pour le dépistage de la dépression chez les patients âgés ne présentant aucun trouble cognitif, mais la validité de ce test n'est pas maintenue lorsqu'il s'adresse à des patients atteints de démence modérée à sévère (46) (47) : une sensibilité de l'ordre de 47% est retrouvée lorsqu'elle est utilisée chez les patients déments. (48)

Dans une étude réalisée par McGivney et coll. (49), chez des pensionnaires de maison de retraite, lorsque tous les résidents étaient inclus, on retrouvait une sensibilité et une spécificité pour le diagnostic de dépression de 63 % et 83%. Cependant, lorsque seuls les résidents ayant un MMSE \geq ou $=$ à 15, étaient inclus, la sensibilité et la spécificité de la GDS était respectivement de 84 % et 91%.

La GDS a ainsi ses limites, notamment dans le cas où la dépression coexiste avec une détérioration des fonctions supérieures : il est alors nécessaire d'utiliser d'autres instruments validés pour le diagnostic de la dépression chez les déments : la CSDD soit la Cornell Scale for Depression and Dementia (qui sera détaillée dans le chapitre suivant).

C. Chez les patients déments la dépression peut atteindre 40 à 50%

a) La démence et ses caractéristiques : épidémiologie et critères diagnostiques

La démence est une réduction acquise des capacités cognitives suffisamment importante pour retentir sur la vie du sujet et entraîner une perte d'autonomie

C'est un syndrome (groupement de symptômes) et non une maladie.

A partir d'une étude réalisée sur une cohorte, la cohorte PAQUID, l'estimation de la prévalence de la démence dans une population de 75 ans et plus était estimée à 17,8% en 2003. En 2005 après réactualisation des données, la prévalence de la démence en institution est estimée à 71,6%. Les deux tiers des sujets déments vivant en institution présentent des démences sévères (MMS \leq à 15). La maladie d'Alzheimer constitue la principale cause de démence (79,2% des cas de démence). (50) (51)

Aucun examen complémentaire, biologique ou radiologique ne permet d'affirmer ou d'infirmer l'existence d'une démence qui est un diagnostic clinique. (52)

Chez le sujet âgé le diagnostic de démence peut être évoqué dans des circonstances très diverses : sujets consultant pour des plaintes mnésiques soit parce qu'il en souffre ou à la demande de son entourage, perte d'autonomie fonctionnelle, perturbations du fonctionnement quotidien, altération des fonctions cognitives, survenue de troubles psychiatriques ou comportementaux.

A l'aide de l'examen physique, de l'évaluation des fonctions cognitives et en se référant aux critères diagnostiques de la démence de la DSM-IV, le diagnostic de démence peut être évoqué.

En effet selon les recommandations de l'ANAES de 2000 (53), une démarche clinique pour un patient dont le motif de consultation est une plainte mnésique ou un autre symptôme évoquant un déclin des fonctions cognitives a été définie.

Elle comporte :

- ✓ un entretien avec le patient et un accompagnant afin de recueillir des informations concernant les antécédents, les traitements antérieurs, l'histoire de la maladie, les symptômes évoquant une détérioration des fonctions cognitives et l'existence de troubles psychologiques et comportementaux, le retentissement des troubles sur les activités quotidiennes de la vie du patient (qui peut être évalué à l'aide de l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne, IADL)

- ✓ Un examen clinique : avec examen physique, évaluation des fonctions cognitives de manière standardisée à l'aide du MMSE (cf. annexe 5) dans la version consensuelle établie par le GRECO (Groupe de Recherche et d'Evaluation COgnitive). Il n'y a pas d'accord professionnel concernant le choix des autres tests à effectuer dans le cadre d'une évaluation des fonctions cognitives, des tests sont utilisés en pratique clinique en fonction de l'expérience de chaque praticien.

Les tests cognitifs dont le MMS facilement utilisables en médecine générale ont une raisonnable capacité à détecter les démences légères à modérées. (54)

L'évaluation des fonctions cognitives est une étape essentielle au diagnostic, les tests simples que tout médecin peut faire apportent une première approche. (55)

- ✓ Des examens complémentaires biologiques et d'imagerie afin d'éliminer des cas de démences secondaires à toute cause curable.

Au terme de cette démarche il est recommandé d'utiliser les critères diagnostiques selon le DSM-IV :

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

(1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;

(2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

(a) aphasie (perturbation du langage),

(b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes),

(c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),

(d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

(1) à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (p. ex. maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;

(2) à des affections générales pouvant entraîner une démence (p. ex. hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;

(3) à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (p. ex. trouble dépressif majeur, schizophrénie).

b) La fréquence des troubles dépressifs chez les déments

L'ensemble des troubles du comportement, de troubles psychiatriques ou neuropsychiatriques chez les patients présentant une démence ont été regroupés par l'association psycho gériatrique internationale (IPA), lors d'une conférence de consensus en 1996 (56) en un seul terme : les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Ils représentent avec les troubles cognitifs une composante clinique

majeure de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées. Ils sont classés selon le type d'expression et regroupés en sous groupes syndromiques :

- Les troubles affectifs et émotionnels parmi lesquels la dépression
- Les troubles psychotiques (délires, hallucinations)
- Les troubles du comportement (agitation, trouble du comportement moteur)
- les perturbations des conduites élémentaires (troubles alimentaires, sexuels) (57)

La fréquence de SCPD est très importante : jusqu'à 90% des patients atteints de maladie d'Alzheimer avec une grande variabilité interindividuelle. (58)(59)

Au cours des démences, Alzheimer ou autres types, les symptômes neuropsychiatriques concernent 60 à 98% des plaintes et sont souvent un facteur d'institutionnalisation. (60)

Les troubles dépressifs semblent être l'un des troubles les plus présents chez les patients déments.

Malgré l'utilisation de méthodes fiables pour l'évaluation et le diagnostic de troubles dépressifs, la prévalence d'une dépression chez les patients atteints de démence d'Alzheimer ou troubles apparentés varie de 22,5% à 54,4 %. (61) (62) (63)

L'ensemble des études réalisées rapportent des résultats concordants et similaires. (64) (65)

Dans une étude réalisée sur 1002 personnes âgées, parmi lesquelles 329 présentant une démence, 61% avait présenté dans le mois précédent des SCPD dont 24% des troubles dépressifs. (66)

Dans une revue de la littérature réalisée par Wragg et Coll. (67) évaluant le taux de prévalence de symptômes psychotiques et dépressifs chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, les symptômes dépressifs sont retrouvés dans 30 à 40% des sujets.

Dans les formes légères à modérées, les symptômes dépressifs sont les symptômes les plus fréquemment retrouvés (40 à 50%) avec entre autre l'apathie, l'agitation et l'agressivité. (59)(66)(68)

Les symptômes sont souvent signalés par des patients atteints de la maladie d'Alzheimer avec un taux de prévalence allant de 40 à 50 % pour l'humeur déprimée et de 10 à 20 % pour les troubles dépressifs majeurs (69)(70)

Il n'y a pas de différence sur la prévalence de symptômes neuropsychiatriques entre les patients présentant une démence à type d'Alzheimer et les autres types de démence. (69) Les symptômes dépressifs sont souvent épisodiques mais récurrents dans environ 85 % des cas. (59)

Il est à noter également que la dépression est fréquente aussi bien chez les personnes atteintes de démence que chez les caregivers (aidant familial, soignant dans une institution) : il a été démontré que 50% des caregivers peuvent être atteints et seulement 10-20% sont traités. (71)

c) Dépression et démence : deux pathologies intriquées / outil d'aide au diagnostic

Ainsi la maladie dépressive est fréquente chez les personnes atteintes de démence mais le tableau n'est pas toujours franc. La définition de la démence repose également sur une définition purement clinique avec une symptomatologie qui se superpose en partie à celle de la dépression rendant par conséquent le diagnostic difficile.

La dépression peut être facilement reconnue à la phase précoce. Elle se manifeste plus par des difficultés de communication et d'activité de la vie quotidienne que par des troubles cognitifs. Antécédents personnels et familiaux, deuils, déménagement y sont souvent retrouvés. (72)

Certains symptômes sont communs autant à la dépression qu'à la démence (apathie, passivité...). L'installation relativement rapide des symptômes de retrait et d'apathie fera soupçonner qu'un état dépressif s'est rajouté à la démence.

Selon une étude (65), les symptômes dépressifs qui permettent le plus de repérer les patients déments présentant des troubles de l'humeur sont : l'idée de culpabilité, les idées suicidaires, la perte d'énergie, l'insomnie, la perte de poids, le ralentissement ou l'agitation psychomotrice, la perte d'intérêt et le manque de concentration.

Dans l'ensemble des démences (démences vasculaire, fronto-temporale et d'Alzheimer) la dépression est fréquente dans les formes légères notamment avant que n'apparaisse l'anosognosie. La dépression serait aussi fréquente dans les formes plus évoluées de la maladie d'Alzheimer mais son diagnostic se heurte aux difficultés de communication avec le patient. (52)

L'échelle de Cornell (cf. annexe 4), plus précisément the Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), a été développée par Alexopoulos et all. (1988) pour rechercher la présence de dépression chez de tels patients. (52)

C'est une échelle d'hétéro-évaluation, qui prend en compte de façon systématique les observations de l'entourage, courte et facile d'utilisation.

Initialement développée chez les patients institutionnalisés, elle a ensuite été validée en ambulatoire.

L'échelle de Cornell a été validée comme meilleur outil de dépistage de la dépression chez une population de personnes âgées démentes en comparaison avec la GDS : elle a une sensibilité et une spécificité de 93 et 97 %.

La CSDD et la GDS sont deux outils de dépistage validés pour détecter la dépression chez les personnes âgées sans démence sévère (MMS > 15).

Mais seule la CSDD semble avoir une validité équivalente chez une population de dément et non dément. (73)(74)(75)

L'investigateur doit essayer d'utiliser cette échelle en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes. Elle peut aussi être utilisée en institution, l'investigateur cotant alors selon ce qu'il connaît du sujet et complétant si besoin les items qu'il ne peut évaluer en consultant l'équipe soignante s'occupant habituellement du dément.

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien.

Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

En pratique, un score $<$ ou $=$ à 7 suggère l'absence de dépression, alors qu'un score $>$ ou $=$ à 25 suggère une dépression majeure. Un score compris entre 8 à 14 inclus suggère une dépression mineure et de 15 à 24 inclus une dépression probable. Ce score fournit une indication et ne permet pas à lui seul de poser le diagnostic.

D. Les conséquences de la dépression chez les personnes âgées

a) Les conséquences médicales, sociales et économiques

La dépression altère gravement la qualité de vie de nos aînés et est responsable chez les personnes âgées de nombreuses conséquences dévastatrices tant sur le plan médical, social et économique.

La dépression joue un grand rôle dans l'incapacité, la souffrance (physique et psychique) et dans l'altération de la qualité de vie. (76) En effet, elle peut être responsable d'une dégradation de l'état physique et psychique source d'un taux élevé d'incapacité fonctionnelle.

Chez une population de personnes âgées ayant un trouble dépressif majeur, avec des fonctions cognitives normales à légèrement altérées, l'altération des activités de la vie quotidienne (mesurée à l'aide d'instruments validés) est significativement associée à la sévérité de la dépression (sans prendre en compte l'âge et l'intensité des pathologies médicales associées). (77) L'ensemble des études rapporte des résultats comparables quant à l'impact négatif de la dépression sur la qualité de vie, les capacités fonctionnelles, la santé mentale et les performances physiques. (78-84)

Sur une étude longitudinale prospective portant sur 3 434 personnes âgées de plus de 65 ans, le nombre de symptômes dépressifs est associé à une augmentation du taux d'incapacité fonctionnelle et à une diminution des chances de récupération, tout ceci sans tenir compte des autres variables (âge, sexe, niveau d'éducation, IMC, état de santé habituel). (85) Ces résultats sont concordants avec une autre étude réalisée chez des personnes âgées de 70 ans et plus, chez qui l'intensité des symptômes dépressifs (6 ou plus) est associée à un risque de développement d'une dépendance pour les activités de la vie quotidienne, d'une altération de l'état de santé globale et à une moins bonne satisfaction de sa qualité de vie. (86)

La sévérité de la dépression semble être la seule variable associée de façon significative à 4 critères : qualité de vie, fonctionnement mental, degré d'incapacité, « forme physique ». Si la dépression s'aggrave, ces critères se détériorent, résultats rapportés par une étude multicentrique randomisée publiée aux USA dans les « Annals of Family Medicine ». (87)

Le recours de façon abusive à des tranquillisants, des somnifères (88) ainsi que le développement d'une dépendance à l'alcool est à noter. (89) La relation entre la consommation d'alcool et la dépression de la personne âgée est complexe : la surconsommation d'alcool chez les personnes âgées de plus de 65 ans, est en partie liée à la perte d'un proche, la solitude et la dépression. (90)(91)(92) Il existe une association significative entre la consommation d'alcool et la dépression, l'anxiété et le manque de support social. (93)

De même, la dépression des personnes âgées semblent être associée à une augmentation de la consommation tabagique, une modification des conditions de vie avec sédentarisation et une diminution des activités physiques. (94)

L'obstacle au soin est également fréquent .La dépression peut interférer avec la motivation nécessaire pour se conformer à un traitement médicamenteux ou à un programme de réadaptation après un accident ou une maladie. (89)

Ainsi un problème de santé mentale, considéré comme bénin chez une personne plus jeune, peut chez une personne plus âgée, nuire à son indépendance d'autant plus s'il est combiné à des problèmes d'ordre physique et /ou à l'isolement social. (89)

La dépression peut également avoir un impact négatif sur le plan social. La dépression joue un grand rôle dans les ruptures familiales (76), l'éloignement des personnes qui pourraient fournir un soutien et par conséquent l'isolement social. Les conséquences engendrées par la dépression et la dépression elle-même peuvent être un facteur de risque d'institutionnalisation. (89) Or réciproquement, l'institutionnalisation

augmente le niveau de dépression chez le sujet âgé et favorise l'usage de certains mécanismes de défense, notamment le déni et la plainte rejetant tout aide. (95)

Il ne faut pas oublier les conséquences que peut engendrer cette pathologie dans l'entourage familial : les aînés (ou autre membre de la famille) prenant soin d'un conjoint déprimé et/ou dément sont également à risque de développer un trouble de l'humeur. Sur une étude réalisée sur 193 familles, la moyenne d'âge des soignants était de 60 ans et 70,5 % étaient des femmes. Il a été démontré que la plupart des soignants (dans le cadre familial) s'occupant de personnes âgées déprimées en comparaison aux soignants de personnes âgées non déprimées, avaient fourni plus de soins en terme de temps le mois précédent (37,3 contre 22,4%), avait une santé mentale plus altérée (63,5% contre 47%) et une perception de leur qualité de vie plus mauvaise (63,5% contre 50,4%). (96) (97)

L'inlassable tâche de soigner à domicile, peut mener à des sentiments de surcharge, de ressentiment, d'isolement et de perte de contrôle de sa vie qui entraîne souvent une dépression. (98)

Enfin, la dépression des personnes âgées est associée également à une augmentation des coûts médicaux et de l'utilisation des services de santé.

D'une part en terme de charge de travail, la dépression des personnes âgées est associée de façon significative à un niveau de charge travail (en terme de soins) plus élevée. Dans une étude avec analyse multi variée et ajustement de l'ensemble des variables (sociodémographiques, travail des soignants, coexistence de pathologies médicales chroniques), les soins apportés aux personnes âgées déprimées sont significativement plus longs, 4,3 à 6 heures en moyenne par semaine, par comparaison aux soins apportés aux personnes âgées non déprimées, 2,9 heures en moyenne par semaine, ce qui représente par conséquent un coût économique et social plus élevé. (99)

Les symptômes dépressifs sont associés à une augmentation significative des coûts médicaux, étant donné le recours à de nombreuses hospitalisations et à l'utilisation des soins

plus fréquent dans cette tranche d'âge de la population. (100)(101) A titre d'exemple, les coûts médicaux totaux ambulatoires sont 43 à 52% plus élevés chez les personnes âgées déprimées. (102)

Enfin, les coûts médicaux liés à la santé mentale sont plus élevés chez les femmes que les hommes alors que les coûts médicaux liés à la santé en général sont plus élevés chez les hommes. (103)

b) La dépression et son pronostic en milieu gériatrique

Le pronostic de la dépression dans cette population est plus sombre que chez les adultes plus jeunes en termes d'évolution, de risque suicidaire, de morbidité et de mortalité.

L'évolution de la dépression vers la chronicité est fréquente dans cette population. A travers une étude de cohorte prospective, suivie sur 12 mois, parmi les patients présentant une dépression majeure à l'inclusion, on constate que 13% connaissent un rétablissement complet, 14% une récupération partielle et 73% une absence d'amélioration. Parmi ces derniers, les symptômes dépressifs se prolongent avec une évolution stable ou fluctuante. (104) D'après Lyness et al. (105), on retrouve un taux de dépression persistante à un an, de l'ordre de 57%.

De plus, en comparant différents groupes d'âge différent, les patients les plus âgés semblent être plus à risque de récurrence que les autres. (106)

D'autre part, la dépression peut mener au suicide en général, mais les personnes âgées déprimées souffrant d'idées suicidaires ont tendance à utiliser des moyens bien plus radicaux que les patients plus jeunes (armes à feu, pendaison). Ainsi le taux de suicide réussi est plus élevé que dans le reste de la population, le ratio tentative de suicide /réussite de suicide est proche de 1. D'autre part, les équivalents suicidaires sous forme de refus alimentaire et de soins sont fréquents. (88) Le risque suicidaire est plus important chez l'homme que chez la femme avec un sexe ratio de 3 à 4 hommes pour une femme. (107)

Le risque suicidaire est majeur dans cette population : 1/3 des 12000 morts par suicide et par an concerne les personnes âgées de plus des 65 ans, surtout les hommes, en milieu rural, au domicile. Cinq signes sont évocateurs : isolement social, le tempérament impulsif, l'alcoolisation, la dépression, l'hostilité. (108)

On note également chez les patients déprimés une augmentation des morbidités somatiques. A travers une étude réalisée sur une cohorte de 5 888 personnes âgées de plus de 65 ans, suivie sur 6 ans (dont 4 493 inclus), indemnes de toute pathologie cardiaque initiale, il est montré que les symptômes dépressifs sont un facteur de risque pour le développement de maladies coronaires : en effet, on constate que chez les patients ayant le score le plus élevé à l'échelle de la dépression sur cette période de suivi, le risque de maladie coronaire augmente de 40% . (109)

Enfin la mortalité est particulièrement élevée dans cette catégorie de population : chez les personnes âgées, le manque d'amélioration des symptômes dépressifs sur 6 mois (110) et la sévérité de la dépression (111) sont associés à une augmentation significative du taux de mortalité (après ajustement de l'ensemble des variables : facteurs démographiques, comportement à risque, pathologies chroniques). Selon Ariyo et al. (109), sur une étude de cohorte suivie sur 6 ans, chez les patients présentant les dépressions les plus sévères, (scores les plus élevés à l'échelle de la dépression) le risque de mortalité augmentait de 60%.

Plus précisément sur une étude prospective de 7 ans, les scores à la GDS supérieurs ou égaux à 6 sont associés à une augmentation du risque de mortalité. (112)

D'autre part, en comparant les personnes âgées déprimées et non déprimées : l'âge élevé, le sexe masculin, le tabagisme, le bas niveau d'éducation, l'utilisation de plus de 2 médicaments, et les capacités fonctionnelles plus diminuées, semblent être des facteurs prédictifs de mortalité. Résultats suggérant que les hauts taux de mortalité retrouvés chez les personnes âgées souffrant de troubles de l'humeur sont expliqués par la haute fréquence des maladies somatiques et des incapacités engendrées par cette pathologie. (113)

L'ensemble des conséquences liées à la pathologie dépressive est d'autant plus important si elle se développe chez des personnes âgées vulnérables, notamment les personnes âgées démentes dont les capacités globales sont déjà diminuées.

La dépression et la démence sont deux facteurs de risque indépendants associés à la mortalité, de nombreuses études ont décrit comment l'association d'une altération cognitive et d'une dépression affecte le risque de mortalité parmi lesquelles l'étude de Mehta et Al. réalisée en 2003 (114). Parmi les 6 301 personnes âgées de 77 ans en moyenne, suivies sur 2 ans, on retrouve un taux de mortalité de 3% concernant les patients ayant les meilleurs scores aux tests évaluant les fonctions cognitives et l'humeur dépressive. Ce taux atteint 16 % lorsqu'il concerne les personnes ayant les scores les plus mauvais aux 2 tests. De plus, pour chaque degré d'altération cognitive, plus la dépression est importante (soit plus le score est élevé au test) plus le risque de mortalité est élevé. Et de même réciproquement, pour un niveau donné concernant la sévérité de la dépression, l'aggravation des fonctions cognitives est associée à une augmentation significative du risque de mortalité.

Enfin, une comparaison intéressante effectuée entre la douleur chronique, l'altération des fonctions cognitives et la dépression, semble montrer que la douleur chronique chez une population de personnes âgées n'affecte pas de façon aussi importante, les activités de la vie quotidienne, que la dépression et les troubles cognitifs. (115)

E. L'efficacité du traitement de la dépression, qui repose sur des moyens médicamenteux et non médicamenteux, est prouvée

a) Le traitement médicamenteux et sa prescription : évolution paradoxale dans le temps

Selon les données issues du « Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes » de 2006 (116), au cours de la période 1990-2005 la consommation d'antidépresseurs a augmenté, ils arrivent en seconde position parmi les psychotropes les plus consommés : sur la population générale 10 % en consomment au moins une fois par an et 5% régulièrement.

Chez les personnes âgées le problème porte sur une prescription insuffisante d'antidépresseurs : chez les sujets âgés réellement dépressifs, les antidépresseurs ne sont pas suffisamment prescrits pour soigner la dépression avérée en raison de la difficulté à diagnostiquer cette maladie chez cette population notamment. (117)

Pour la population âgée, les antidépresseurs seraient d'abord prescrits en vue d'accompagner (comme les benzodiazépines avant) les maladies somatiques chroniques. (118) Et en médecine générale la prescription encadrerait surtout les personnes présentant des signes d'anxiété (119) (120) ou d'insomnie. (121)

Lorsque les traitements sont prescrits, les doses et les durées ne sont pas optimales notamment les antidépresseurs sont arrêtés trop tôt. Selon Fitch et al. (122), la prescription d'antidépresseurs chez les personnes âgées est faite avec une grande précaution, certains limitent le traitement en prescrivant des doses plus petites et des durées plus courtes par rapport à ce qui est recommandé pour obtenir une efficacité complète et surtout la prévention des rechutes. Des résultats concordants sont retrouvés dans une autre étude réalisée sur 12 130 personnes âgées de 65 ans et plus. (123) Parmi ces derniers, seuls 43,3% des patients ont des doses à peu près adaptées, 11,3% sont trop dosés, 34,8% sont sous dosés et 19,3% ont une

durée trop brève de traitement. Les facteurs associés à une durée trop brève de traitement et à un dosage trop faible sont l'âge supérieur à 85 ans et les comorbidités somatiques.

Ainsi moins d'une personne sur trois souffrant d'une dépression bénéficie d'un traitement approprié. (116)

Une des données mise en évidence est la prépondérance de la médecine générale dans la prescription de médicaments psychotropes : plus de 80% des prescriptions sont faites par le médecin généraliste ce qui démontre l'importance de la médecine générale dans la prise en charge des maladies psychiatriques. (124)

b) Le traitement médicamenteux et son efficacité

L'objectif du traitement est multiple :

- Disparition de tous les symptômes dépressifs : éviter l'évolution vers une dépression chronique, le mauvais pronostic lié aux pathologies somatiques associées
- Réduire les risques : suicide, isolement, démotivation, maltraitance
- Préserver l'autonomie
- Tendre vers une bonne santé (bio-psycho sociale)
- Prévenir les rechutes et les récurrences.

La cible thérapeutique initiale des antidépresseurs est le traitement des épisodes dépressifs mais un grand nombre de molécules récentes appartenant à cette classe ont obtenu des AMM pour le traitement des troubles anxieux et des troubles des conduites alimentaires (Tableau 1). (116)

Tableau 1. AMM des principaux antidépresseurs commercialisés

	Episode dépressif majeur	Prévention récidives dépressives	TAG ¹	Trouble panique	TOC ²	Phobie sociale	ESPT ³	Boulimie
Floxyfral [®]	X				X			
Prozac [®]	X	X			X			X
Deroxat [®]	X		X	X	X	X	X	
Zoloft [®]	X	X			X			
Seropram [®]	X			X				
Seroplex [®]	X		X			X		
Effexor [®]	X	X	X			X		
Norset [®]	X							

1. Trouble anxiété généralisée ;
2. Trouble obsessionnel compulsif ;
3. Etat de stress post-traumatique

Les antidépresseurs sont subdivisés en plusieurs sous-classes : (116)

-Antidépresseurs imipraminiques ou tricycliques découvert dans les années cinquante représentés par des produits tels que l'Anafranil[®], le Tofranil[®] et le Laroxyl[®].

-ISRS (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), commercialisés en France depuis la fin des années quatre-vingt, ayant un profil d'efficacité comparable à celui des produits les plus anciens, et un profil de tolérance caractérisé par la moindre survenue d'effets secondaires. Les produits actuellement commercialisés sont le Floxyfral[®], Prozac[®], Deroxat[®], Zoloft[®], Seropram[®] et Seroplex[®].

-ISRSNA (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline), avec un nombre plus restreint de produits : Ixel[®] et Effexor[®].

-IMAO (Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase), famille actuellement restreinte à deux produits : Humoryl[®] et Moclamine[®].

-Autres antidépresseurs : Norset[®], Athymil[®], Vivalan[®], Stablon[®].

Différentes études sur le traitement antidépresseur documentent son efficacité chez les personnes âgées déprimées. Tous les antidépresseurs (atypiques, IMAO, IRS, tricycliques) semblent être d'efficacité équivalente chez la personne âgée : 60% d'efficacité avec le principe actif contre 30% avec le placebo (125).

Selon une étude comparant la paroxétine (IRS) et la nortriptyline dans le traitement d'entretien de la dépression chez la personne âgée, ces deux molécules semblent avoir une efficacité similaire dans la rechute (taux de rechute de 16% contre 10% respectivement) et dans la prévention de la rechute chez cette population sur une période de 18 mois (temps de rechute de 60,3 contre 58,8 semaines respectivement). (126)

De même, l'efficacité de la sertraline (IRS) en comparaison au placebo a été démontrée dans le traitement de la dépression des personnes âgées avec ou sans comorbidités médicales associées. Le taux de réponse thérapeutique est comparable dans les 2 groupes (présence ou non de comorbidités) avec un impact positif sur la qualité de vie, l'humeur (satisfaction, joie de vivre) et une bonne tolérance. (127)

L'efficacité et la tolérance de la sertraline ont également été évaluées en parallèle avec l'imipramine (tricyclique) dans une étude de 2000 qui rapporte une efficacité et une tolérance semblables sur 6 semaines chez des personnes âgées non démentes. (128)

Sur une autre étude portant sur 138 personnes âgées de plus de 65 ans, ayant des troubles dépressifs mineurs selon les critères du DSM-IV et non démentes, la sertraline comparée au citalopram (IRS) semble avoir un impact similaire avec une amélioration

significative permanente des symptômes dépressifs, du fonctionnement social et cognitif.

(129)

Ainsi de façon plus générale, traiter la dépression chez les personnes âgées entraîne une amélioration significative de la qualité de vie sur le plan social, physique, psychologique et sur la perception de sa santé en général.

Entre 60 et 80% des patients répondent si le traitement est prescrit selon les recommandations, bien que le bénéfice complet du traitement puisse nécessiter jusqu'à 8-12 semaines et seulement 50% répondent en première intention. (130)

Le temps de réponse peut être plus long chez les personnes âgées suicidaires, présentant des dépressions plus sévères et les patients avec des comorbidités associées telle l'anxiété. D'après une étude réalisée sur 395 personnes âgées présentant une dépression majeure, et traitées par paroxétine (IRS) ou nortriptyline avec ou non une psychothérapie interpersonnelle associée, les idées suicidaires régressent rapidement. Initialement, 77,5% des patients rapportent des projets suicidaires, des idées de mort, ou des sentiments de vide dans leur vie. Après 12 semaines de traitement, on note une régression complète des projets suicidaires et une persistance des pensées de mort chez 4,6% des patients. Les personnes âgées suicidaires requièrent une attention particulière pendant le traitement antidépresseur car ils ont un taux de réponse plus bas et un temps de réponse plus long. (131)

La synthèse d'un certain nombre d'études semble rapporter l'existence de facteurs associés à la vitesse de réponse au traitement : la sévérité de la dépression, la coexistence de symptômes comme l'anxiété augmentent le délai de réponse au traitement antidépresseur ainsi que la sévérité des pathologies médicales associées. Ce sont des facteurs pronostiques à prendre en compte dès la prise en charge initiale. (132)(133)

L'ensemble de ces études portent sur des personnes âgées sans troubles cognitifs or la dépression chez les personnes âgées répond à des traitements spécifiques même chez des

personnes âgées plus fragilisées, institutionnalisées et présentant des troubles cognitifs, des démences. (134)(135)

Des études récentes ont démontré que des interventions thérapeutiques spécifiques sont efficaces dans la réduction des troubles comportementaux dans les états démentiels, telle la dépression.

La prise en charge des SCPD dont fait partie la dépression, peut significativement améliorer la qualité de vie des ces patients atteints de démence ainsi que celle de leurs soignants. C'est un des éléments essentiels de la prise en charge de la démence en dehors de son traitement spécifique. (136)

L'efficacité des traitements antidépresseurs a été démontrée dans cette population. Une méta-analyse ayant pour but de recueillir l'ensemble des données concernant l'efficacité et la tolérance des traitements antidépresseurs dans la dépression chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, a été publiée récemment en 2007. Elle inclut 5 études (randomisées, en double aveugle, avec contrôle placebo) regroupant au total 82 sujets traités par antidépresseurs et 83 par placebo. Il a été démontré une efficacité significative du traitement par rapport au placebo tant sur le taux de réponse que sur le taux de rémission. Il n'existe pas de différence significative concernant les modifications cognitives, et le taux d'arrêt inopiné du traitement notamment lié aux effets secondaires. Le nombre de patients déments, ayant une dépression, à traiter pour obtenir une réponse est de 5 (résultat identique concernant la rémission). (137)

D'après une étude randomisée réalisée entre 1998 et 2001, l'efficacité de la sertraline a été évaluée en comparaison au placebo. Sa supériorité a été démontrée dans le traitement de la dépression chez les patients atteints de démence à type d'Alzheimer avec une amélioration significative des échelles de la dépression (Cornell et Hamilton). La réduction de la symptomatologie dépressive est accompagnée d'une diminution des troubles du comportement, du désarroi des soignants, et d'une amélioration des activités de la vie

quotidienne. On ne note pas de modification sur le plan cognitif, avec une stabilité des scores au MMSE. (138)

De la même façon, le citalopram a été comparé à la miansérine : il semble que ces 2 traitements soient d'une efficacité similaire tant chez personnes âgées démentes que chez les personnes âgées non démentes, avec sur le plan de la tolérance un effet sédatif plus marqué pour la miansérine par rapport au citalopram. (139)

Une étude intéressante évaluant l'impact du traitement antidépresseur sur la qualité nutritionnelle des personnes âgées déprimées démentes ou pas, a été réalisée en 2003. Au total, sur 139 personnes âgées incluses, 79 étaient démentes et 74 étaient sous antidépresseur (dont 54 sous IRS). Il a été démontré chez les personnes âgées non démentes traitées : une prise de poids (+1,44 kg), une amélioration de l'état nutritionnel évalué par la MNA (Mini Nutritional Assessment), et une amélioration significative des taux sériques d'albumine de 1,78 g/l . Chez les personnes âgées démentes et traitées, on remarque un gain de poids également (+0,73 kg) et une absence de détérioration des autres paramètres nutritionnels. Par contre chez les déments non traités, une perte de poids (-1,01kg) associée à une chute du score nutritionnel et du taux d'albumine sérique a été notée. (140)

L'efficacité des traitements semble évidente, cependant le choix de l'agent thérapeutique doit prendre en considération dans cette catégorie de la population le niveau de tolérance, le risque d'interactions médicamenteuses et le niveau d'observance. (141)

c) Le traitement non médicamenteux et son efficacité

Le traitement non médicamenteux repose essentiellement sur les psychothérapies. A titre indicatif, sans les détailler, il existe différents types de psychothérapies : la psychothérapie de soutien, thérapie dynamique, cognitivo-comportementale, interpersonnelle, familiale, de groupe, de couple.

Au cours des dernières années, de nombreuses études ont évalué l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement de la dépression de la personne âgée ainsi que son efficacité lors de l'association au traitement médicamenteux. (142)

L'ensemble des études semblent rapporter des résultats concordants concernant l'efficacité de la psychothérapie structurée, seule dans la dépression de la personne âgée. Selon une méta analyse regroupant 17 études, (143) les résultats suggèrent un bénéfice certain des interventions psychosociales sur cette pathologie de la personne âgée.

De même selon Javik et al. (144), dans le groupe de personnes âgées traitées par psychothérapie (thérapie psycho-dynamique ou thérapie cognitivo-comportementale), on note une amélioration de la symptomatologie dépressive et 12% de rémission complète.

Un méta analyse plus récente datant de 2006, (145) permettant de regrouper 25 études contrôlées randomisées a été conduite. Ces résultats permettent de confirmer les résultats antérieurs, à savoir que toutes les psychothérapies sont efficaces dans le traitement de la dépression de la personne âgée et qu'il n'existe pas de différence significative retrouvée entre la thérapie cognitivo-comportementale et les autres.

D'autres études se sont attachées à comparer les psychothérapies au traitement antidépresseur médicamenteux. Des différentes études d'intervention, la thérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie inter personnelle, associées au traitement pharmacologique ont le plus grand nombre de données démontrant leur efficacité dans la dépression de la personne âgée (146)

Selon une étude comparant l'efficacité d'un antidépresseur tricyclique seule à la thérapie cognitivo-comportementale seule et à l'association des deux (médicament et psychothérapie), portant sur 102 personnes âgées, réparties en chacun de ces trois groupes, on note que l'association des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses est plus efficace notamment en ce qui concerne les dépressions les plus sévères. (147)

Dans une autre étude randomisée contrôlée en double aveugle, portant sur 187 personnes âgées, moyenne d'âge de 67 ans, avec dépression majeure, on constate que le traitement d'entretien par antidépresseur ou psychothérapie interpersonnelle est supérieur au placebo dans la prévention des rechutes. Et que l'association antidépresseur-psychothérapie interpersonnelle semble être la stratégie clinique optimale pour le maintien de la guérison. (148) Le taux de rémission pour le traitement médicamenteux seul est de 56% versus 69% pour l'association médicamenteuse et psychothérapie. (149)

Associer la psychothérapie interpersonnelle avec le traitement médicamenteux est efficace dans la réduction des symptômes dépressifs de la personne âgée, elle semble prévenir la récurrence et être efficace dans le traitement d'entretien chez les personnes âgées sévèrement déprimées. (150)(151)

En plus de l'efficacité démontrée de la psychothérapie sur le trouble dépressif majeur, celle-ci semble également avoir un impact dans le traitement des dépressions mineures, des dysthymies, troubles anxieux, dépression avec trouble de la personnalité, dépressions avec troubles cognitifs. (152)

Sur 56 sujets âgés présentant une comorbidité médicale (maladie chronique pulmonaire obstructive) responsable chez 20 à 40% d'entre eux de troubles dépressifs et anxieux, quelques heures de psychothérapie cognitivo-comportemental semblent réduire ces troubles psychologiques associés. (153)

Il en va de même des thérapies portant sur des sujets déprimés souffrant de démence à type d'Alzheimer qui paraissent pouvoir être améliorés par la psychothérapie en particulier la thérapie comportementale. (154)(155)

Sur une étude contrôlée portant sur l'évaluation de deux thérapies comportementales, l'une insistant sur les événements plaisants du patient et l'autre sur la résolution des problèmes du soignant, on constate une amélioration significative des symptômes dépressifs,

sur une période de 6 mois aussi bien chez les personnes âgées démentes que chez leur soignant (caregivers). (156)(157)

La thérapie par résolution de problème semble également être efficace dans la diminution des symptômes dépressifs et des incapacités chez les personnes âgées avec dépression majeure et altération des fonctions exécutives. (158)

La psychothérapie semble ainsi avoir une efficacité dans cette pathologie, certes moins importante par rapport au traitement médicamenteux, cependant elle apparaît être le traitement de choix dans certaines conditions : préférence du patient, contre-indication au traitement pharmacologique, personnes âgées avec bas support social ou environnement perturbant, traitement d'entretien après arrêt du traitement pharmacologique. (159)(146)

F. Problématique

Ainsi les troubles cognitifs interviennent pour une large part dans la dépendance des personnes âgées, mais au delà de ces troubles, les symptômes psychiatriques représentent eux aussi une part extrêmement importante (160).

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquemment rencontrée et retentit comme on l'a vu de manière importante sur la qualité de vie en terme de dépendance, de morbidité physique et est un facteur de coût en matière de dépense de santé.

Malgré ces constatations, cette pathologie reste largement sous diagnostiquée et sous traitée comme le confirme l'ensemble des études. (161) (162) Dans une étude réalisée auprès de 4 559 personnes âgées de 65 à 100 ans, non démentes, parmi les sujets diagnostiqués avec une dépression majeure récente (prévalence estimée à 4,4% pour les femmes et 2,7% pour les hommes) seuls 35,7% étaient sous antidépresseurs (majoritairement des IRSS) et 27,4% recevaient un traitement sédatif, hypnotique. (162)

Bien que les preuves récentes indiquent que l'utilisation des antidépresseurs augmente chez les malades, la majorité des personnes âgées déprimées ne reçoivent pas de traitement antidépresseur. Selon une étude récente de 2003 (163), portant sur 20 966 personnes âgées de plus de 65 ans, le taux de diagnostic de dépression a plus que doublé, environ 2/3 de ceux diagnostiqués recevaient un traitement antidépresseur mais les disparités significatives persistaient concernant notamment l'âge : en effet les personnes de plus de 75 avaient significativement moins de chance d'être traitées (ainsi que certaines ethnies, et ceux sans assurance complémentaire). Des taux concordants sont retrouvés dans l'étude de Sambamoorthi et al. (164), avec une absence de traitement antidépresseur chez 1/3 des personnes âgées déprimées alors que paradoxalement on note une augmentation de la prescription d'antidépresseur de 35% à 77% entre 92 et 97. Selon Luber MP et al. (165), parmi des personnes âgées suivies en ville, et déprimées, seules 29,7% étaient sous antidépresseur et il a été démontré une association significative entre les patients déprimés

(par rapport au non déprimés) et l'augmentation du coût de santé en ambulatoire (incluant consultations et tests de laboratoire).

Ce constat est également fait pour des personnes âgées prises en charge à domicile. Dans une étude (166) réalisée à domicile auprès de 345 personnes âgées de plus de 60 ans, présentant une incontinence urinaire, 50,1% présentaient des symptômes dépressifs significatifs (utilisation de la GDS 15). Seuls 26,4% et 34,7% de ceux ayant respectivement une dépression légère et sévère, ont eu un diagnostic préalable de dépression et par mi ces derniers, 21,7% et 34% respectivement se sont vus prescrire un traitement antidépresseur. De même, malgré l'augmentation des services de soins à domicile, peu de choses est connu sur les besoins de santé mentale des personnes âgées vues à domicile (167). Parmi 539 personnes âgées de 65 à 102 ans, 13,5% semblent présenter une dépression sévère selon les critères du DSM-IV parmi lesquelles seules 22% sont sous antidépresseur, aucune n'a recours à une psychothérapie.

Les victimes de suicide âgées ont eu des dépressions d'apparition tardive qui n'ont pas été détectées ou traitées bien qu'en général ils ont eu un contact avec leur médecin traitant les jours précédents leurs décès. Parmi les personnes âgées qui commettent des suicides 70% ont consulté leur médecin traitant le mois précédent leur acte. (168)

L'ensemble de ces études ne précisent pas le niveau de fonctionnement cognitif des différentes personnes âgées. Or comme il a été démontré dans la littérature, la dépression est fréquente dans la population gériatrique en particulier chez ceux présentant une altération des fonctions cognitives, une démence et institutionnalisés. Une étude récente de 2006 (169), a eu pour objectif d'évaluer la prévalence de la dépression chez les personnes âgées avec démence et son taux de dépistage à l'aide de cinq échelles de dépistage et d'une interview structurée. Selon les résultats, 38,9% des personnes âgées étaient diagnostiquées dépressives mais seules 50% avaient été dépistées auparavant.

Tous les auteurs insistent sur la nécessité d'améliorer le diagnostic de la dépression chez les personnes âgées démentes à fortiori, afin de proposer une prise en charge adaptée et limiter les risques de dépendance. (160) Des recherches récentes selon Unützer J (170), suggèrent que l'amélioration des soins des personnes âgées déprimées nécessiterait l'éducation, l'engagement des patients et de leur soignant comme partenaires actifs dans la prise en charge de la dépression, plus de ressources humaines, des modèles systématiques de soins pour la prise en charge de la dépression chronique ainsi que la formation des professionnels de santé mentale dans la collaboration avec leur collègues de soins primaires.

Les efforts pour améliorer l'accès aux soins et la qualité de prise en charge de la dépression des personnes âgées démentes a besoin d'étudier, évaluer et mettre fin aux obstacles aux soins émanant des patients, des soignants et du système de santé.

Au vu de ces constatations, notre but à travers cette d'étude est d'évaluer quelle est l'approche des médecins généralistes vis-à-vis de la dépression des personnes âgées ayant une démence sous jacente, d'en identifier les difficultés diagnostiques et par conséquent les obstacles pouvant exister au diagnostic.

III. Méthode

A. Etude quantitative descriptive

a) Lieu de l'étude

Dans un premier temps, une étude descriptive est réalisée au sein de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) entre mars 2008 et février 2009, le but étant de donner une description de la population vivant en maison de retraite et d'évaluer un outil d'aide au dépistage de la dépression : l'échelle de Cornell et plus particulièrement d'en évaluer sa faisabilité.

L'un des deux se situe dans le Nord de Paris à Enghien les Bains : il s'agit d'un établissement qui dispose d'une capacité d'accueil de 70 résidents.

Le deuxième, dans le Sud de Paris à Vanves, présente quant à lui une capacité d'accueil de 56 résidents.

Chaque EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur, d'un psychologue et chaque résident est suivi par un médecin généraliste et une équipe paramédicale comprenant auxiliaires de vie, aide soignants et infirmières.

Il est important de savoir que 45 médecins, qui pour la plupart ont gardé leur patients de ville, travaillent au sein de ces établissements.

b) Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée regroupe l'ensemble des résidents vivant en maison de retraite acceptant de participer à l'étude.

Parmi ceux-ci, certains sont exclus, notamment pour la réalisation de certains tests neuropsychologiques, à partir des critères suivants :

- Pathologie aigue, hospitalisation en cours

- Pathologie chronique, avec séquelles rendant toute communication et évaluation neuropsychologique (faisabilité du MMS) difficile voire impossible et par conséquent pouvant être une cause de biais.

c) **Recueil de données**

Le recueil des données s'effectue en deux temps.

D'une part, l'ensemble des données suivantes :

- L'âge, le GIR
- Le sexe
- Le traitement habituel prenant en compte
 - ✓ L'existence d'un traitement pour la démence
 - ✓ L'existence d'un traitement psychotrope : neuroleptique, hypnotique, anxiolytique, antidépresseur
- Les pathologies existantes incluant dépression et démence

sera recueillie à partir des dossiers médicaux, des dossiers du psychologue ou auprès directement du psychologue lui-même.

D'autre part, une évaluation cognitivo-comportementale sera faite.

- Un MMSE (cf. Annexe 5) sera réalisé pour chaque résident ne présentant pas les critères d'exclusion cités précédemment, par une même personne, en se basant sur les consignes de passation et de cotation du MMSE élaborées de manière consensuelle en 1998 par le GRECO (Groupe de recherche et d'évaluation des fonctions cognitives).
(53)
- Une échelle de Cornell (cf. Annexe 4) est également appliquée à tous les résidents. La cotation est basée sur les symptômes et signes observés dans la semaine précédente (sauf pour 3 items évalués sur le mois précédent : perte de poids, perte d'intérêt,

manque d'énergie). L'évaluation est faite par deux médecins (1 pour chaque établissement) avec l'aide de l'ensemble du personnel soignant.

d) Analyse des données

Une évaluation classique des données sera effectuée incluant moyenne, écart type, minimum, maximum.

Concernant les échelles d'évaluation cognitivo-comportementale :

- Les stades de sévérité des troubles cognitifs sont définis comme suit en fonction du MMSE : (reprise de la classification des démences selon l'étude PAQUID 2005). (51)
 - Troubles cognitifs très légers : $> \text{ ou } = 24$
 - Troubles cognitifs légers : 19 à 23
 - Troubles cognitifs modérément sévères : 10 à 18
 - Troubles cognitifs sévères : $< \text{ ou } = 9$
- Nous avons également classé les résidents en fonction de leur score total à l'échelle de Cornell selon les classifications de l'auteur de l'échelle :
 - ✓ Dépression mineure : 8-14
 - ✓ Dépression probable : 15-24
 - ✓ Dépression majeure : $> \text{ ou } = 25$
 - ✓ Absence de dépression : $< \text{ ou } = 7$

L'échelle est définie comme non applicable à partir du moment où le score total n'est pas obtenu en raison d'au moins un item coté comme non applicable (NA).

L'ensemble de ces groupes ont été comparés en fonction de leurs troubles cognitifs évalués par le MMSE.

B. Etude qualitative

L'étude qualitative constitue une source d'information supplémentaire, exploitable et est complémentaire des études quantitatives.

Elle repose d'avantage sur la volonté de mieux comprendre.

a) Généralités

1. Pourquoi réaliser une étude qualitative ?

L'utilisation de cette méthode de recherche a pour objectif d'examiner un phénomène étudié, d'apporter une explication plausible, de mieux le comprendre. Les résultats ne peuvent pas d'habitude être généralisés. Elle recouvre la nécessité de prendre en compte la dimension psychique, sociale et culturelle des soignants.

Une approche quantitative nécessite un échantillonnage représentatif plus ou moins important, un questionnaire structuré, standardisé et limitatif. Elle repose sur une analyse statistique des résultats et apporte des conclusions applicables à toute une population.

Une approche qualitative privilégie quant à elle : l'étude sur un petit nombre de sujets assez variés, une trame d'entretien similaire à celle d'un journaliste réalisant une interview, elle ne peut pas faire l'objet d'un traitement statistique. En effet, les données recueillies nécessitent une analyse interprétative plutôt que statistique.

2. Comment réaliser une étude qualitative ?

❖ Généralités

La méthode de recherche se base sur des entretiens semi-directifs : il s'agit de la méthode la plus facile à utiliser et les informations obtenues sont généralement riches et variées.

Ces entretiens vont être dirigés en fonction des questions qui nous intéressent : en effet, l'interviewé est invité à développer un thème qui lui est proposé. L'objectif étant de ne pas

imposer notre point de vue, de laisser réfléchir et parler l'interlocuteur afin de pouvoir dégager des structures, des idées profondes.

❖ **Structuration habituelle de l'entretien**

On prépare une liste de questions (souvent générales) au préalable.

Pour chaque question on prépare une liste de points importants à couvrir.

Pendant l'entretien il faut relancer ces points si l'interviewé ne les aborde pas : on parle de « probes ».

Le porteur du projet s'appuie ainsi sur un guide d'entretien.

❖ **Déroulement de l'entretien**

L'objectif est de laisser parler la personne et revenir si nécessaire aux questions et points plus tard. La mission essentielle de l'enquêteur étant de laisser parler librement la personne et de le lancer sur des thèmes qu'il n'a pas abordés de lui-même.

❖ **Transcription**

Chaque entretien est enregistré après demande de l'autorisation et accord préalable de l'interviewé. Chaque entretien doit durer environ 30 minutes.

b) Application de cette méthode de recherche au sujet étudié

1. Justification

Dans le cadre de notre recherche, une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs a donc été choisie. Cette méthode me semble appropriée dans le cadre d'une étude ayant pour but d'apporter un certain niveau de compréhension au constat fait concernant le sous diagnostic de la dépression dans la population gériatrique présentant des troubles cognitifs.

En effet, cette étude réalisée auprès de différents médecins généralistes intervenant sur cette population n'a pas pour but d'être une étude représentative ou d'apporter des résultats

significatifs transposables à toute une population mais d'apporter une certaine approche explicative du phénomène étudié.

L'objectif est d'évaluer les pratiques, les attitudes des soignants face au dépistage de la dépression chez la personne âgée en institution présentant des troubles cognitifs.

Et de retranscrire à travers ces entretiens les différents éléments pouvant limiter le diagnostic de cette pathologie apportant ainsi un niveau de compréhension au constat fait à travers l'ensemble de la littérature.

2. Sélection de la population interviewée

La sélection des médecins s'est faite selon les critères suivants :

- a. il s'agissait de médecins généralistes
- b. sans aucune autre spécialisation supplémentaire notamment en gériatrie ou en psychologie
- c. exerçant tous au sein de l'un des 2 EHPAD évoqués auparavant, du nord ou du sud de Paris
- d. ayant un nombre moyen de patients en charge au sein de ces EHPAD de l'ordre de 4 à 6 en moyenne.

Tous les médecins sollicités répondant aux critères n'ont pas répondu favorablement à l'entretien, avec comme principale raison évoquée le manque de temps. C'est donc finalement 12 médecins qui ont été interviewés.

3. Mise en place de l'entretien

Tous les entretiens se sont déroulés entre décembre 2008 et février 2009, en fonction des disponibilités horaires de chaque médecin et au sein du lieu d'exercice de chaque médecin sauf pour un qui s'est déroulé à l'EHPAD de Vanves et un par téléphone.

Après accord de chacun d'entre eux, l'entretien semi-dirigé était enregistré par dictaphone.

Notre guide d'entretien regroupait quatre questions principales et identiques :

- Quels sont les principaux éléments qui vous font suspecter une dépression chez une personne âgée ayant une démence ?
- Quelle est votre démarche diagnostique quand vous suspecter cela ?
- Les différents tests existant (échelles, critères du DSM-IV) qu'en pensez-vous ?
- Quels sont les principales difficultés rencontrées dans votre expérience chez cette population âgée démente?

4. Recueil et analyse des données

Les entretiens ont été tous retranscrits sur support informatique par une personne distante de l'étude réalisée permettant de limiter le risque interprétatif.

Après retranscription complète, des lectures répétées ont permis de déterminer les différents thèmes généraux évoqués à travers ces différents entretiens.

Des citations importantes notamment étaient reprises entre guillemet.

5. Limitation des biais

Tous les entretiens ont été réalisés par moi-même.

La personne qui a retranscrit les entretiens était différente de l'enquêteur et distante du thème (puisque interne en santé publique).

Par contre, la triangulation des résultats permettant de définir les différents thèmes généraux retrouvés à partir des entretiens n'a pu être réalisée par une tierce personne, extérieure au milieu médical et absente lors des entretiens, mais par moi-même.

IV. Résultats

A. Etude quantitative descriptive

a) Caractéristiques de la population

La population de la résidence d'Enghien les Bains compte 72 résidents parmi lesquels 6 sont décédés au cours de l'étude, 5 ont été exclus d'emblée car non évaluables pour problème somatique aigu ou chronique empêchant toute évaluation neuropsychologique et 3 ont refusé d'y participer : ce qui fait 58 inclus. En ce qui concerne l'EHPAD de Vanves, qui compte 56 résidents, 16 résidents ont refusé de participer à cette enquête et une personne est décédée, ce qui revient à une inclusion de 39 résidents.

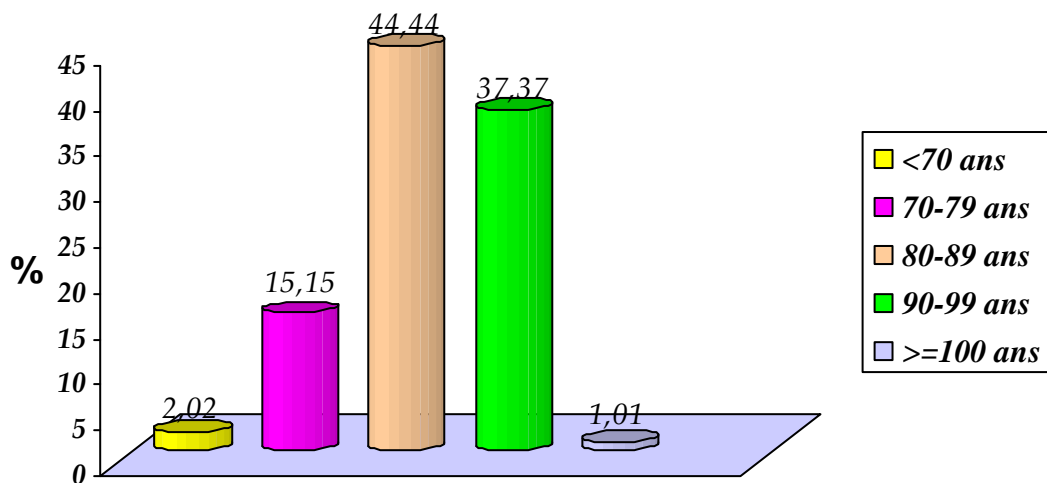
Au total notre population compte 97 résidents.

La moyenne d'âge est de 86,98 ans +/- 7,56 (avec des extrêmes allant de 66 à 100 ans).

Les femmes sont majoritaires et représentent 77 % de la population étudiée.

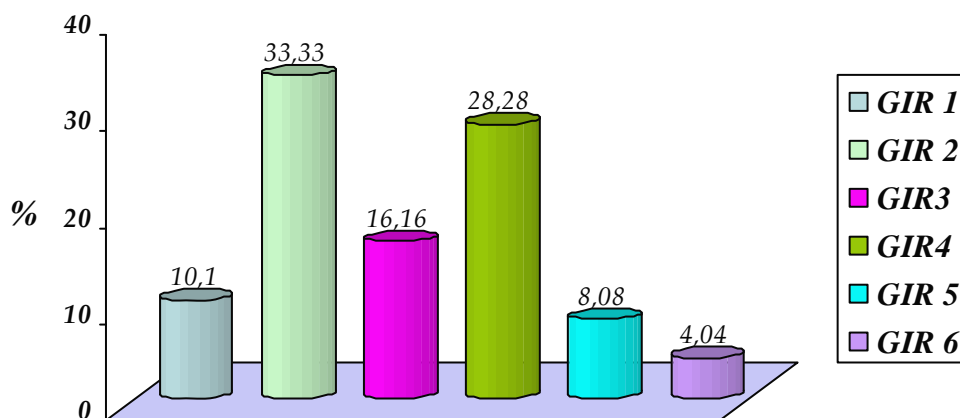
La répartition du nombre de résidents en fonction des différentes tranches d'âge montre que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 80-89 ans avec 44 résidents soit 44,44 % et 84,8% des résidents ont plus de 80 ans.

Répartition des résidents en fonction de leur âge



Il s'agit d'une population particulièrement dépendante : 59,59% ont un GIR inférieur ou égale à 3.

Répartition des résidents en fonction du GIR

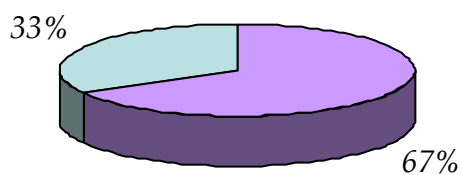


b) Traitement médicamenteux

Au moment de l'étude on constate que :

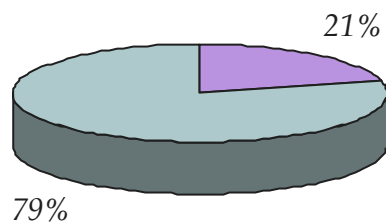
- ✓ 67% ont au moins un traitement psychotrope
- ✓ 21% ont un traitement pour la démence

Traitement psychotrope



oui non

Traitement pour la démence

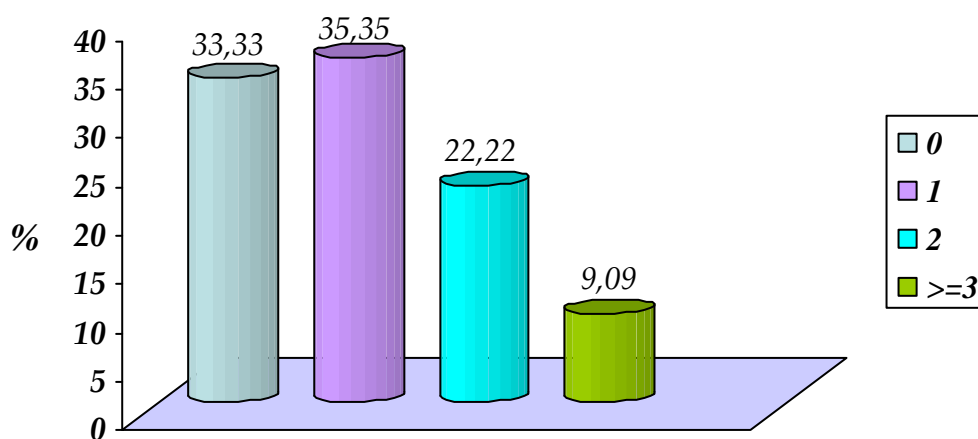


oui non

La répartition des résidents en fonction du nombre de traitement psychotrope prescrit montre que 2/3 des résidents prend au moins un traitement psychotrope :

- ✓ 35,35% ont une monothérapie
- ✓ 22,22 % une bithérapie
- ✓ 9,09 % ont au moins 3 psychotropes prescrits.

Répartition des résidents en fonction du nombre de traitement psychotrope prescrit



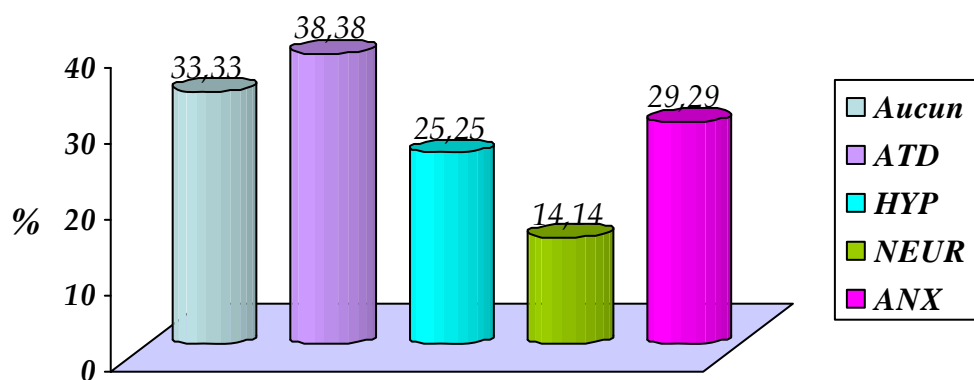
En observant la répartition des résidents en fonction du type de traitement psychotrope prescrit :

- ✓ antidépresseur (ATD)
- ✓ neuroleptique (NEUR)
- ✓ anxiolytique (ANX)
- ✓ hypnotique (HYP)

on retrouve une prescription majoritaire d'antidépresseur chez 38,38% de la population étudiée suivie de près par les anxiolytiques et les hypnotiques avec un taux respectif de 29,29% et 25,25%.

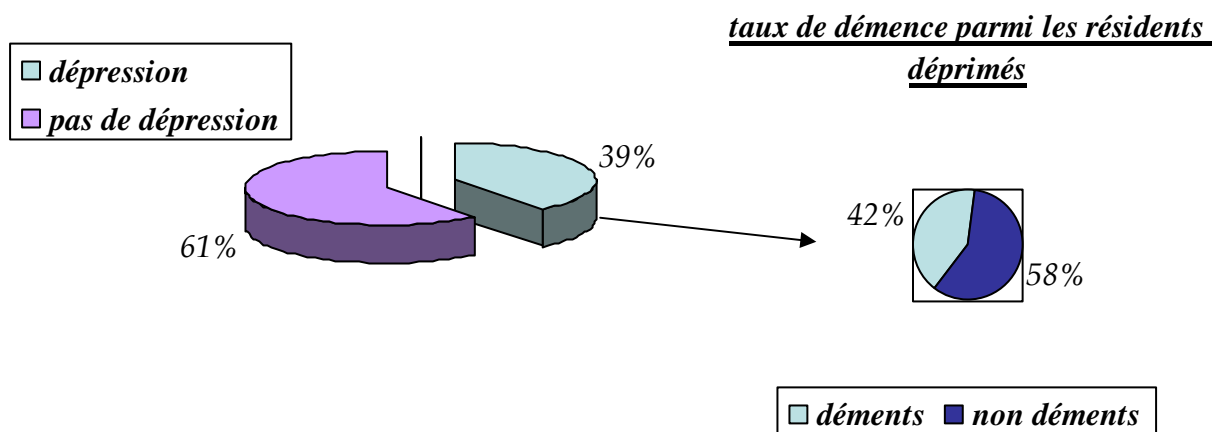
Les neuroleptiques sont la classe thérapeutique la moins prescrite mais représentent tout de même 14,14% des prescriptions ce qui n'est pas anodin.

Répartition des résidents en fonction du type de traitement prescrit



c) Dépression et prévalence

Au vu des dossiers, 38 (39,1%) résidents étaient diagnostiqués dépressifs et traités en conséquence au moment de l'étude. Parmi eux, 16 (42,10%) étaient déments.



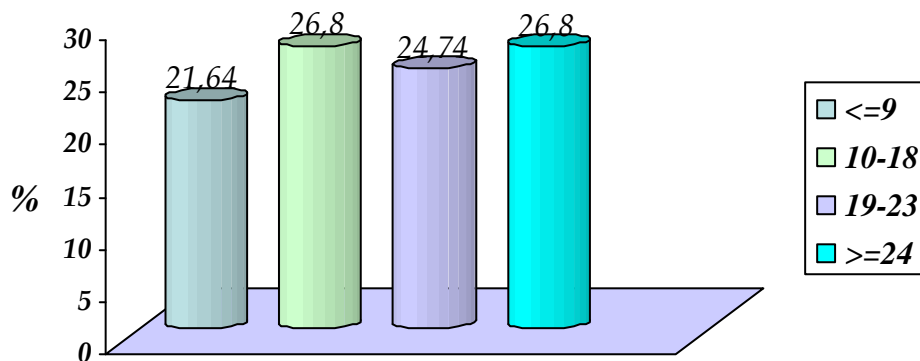
d) Evaluation cognitive et démence

Le MMSE moyen de l'échantillon est de 16,927 +/- 6,59.

Si l'on regarde plus en détail la répartition des résidents en fonction du résultat du score au MMSE, on constate que cette dernière est plus ou moins équivalente en fonction de la sévérité des troubles avec :

- 21,64% pour les troubles cognitifs sévères (MMSE : ≤ 9)
- 26,8% pour les troubles cognitifs modérément sévères (MMSE entre 10-18)
- 24,74% pour les troubles cognitifs légers (MMSE entre 19-23)
- 26,8% pour les troubles cognitifs très légers (MMSE ≥ 24)

Répartition des résidents en fonction du MMSE

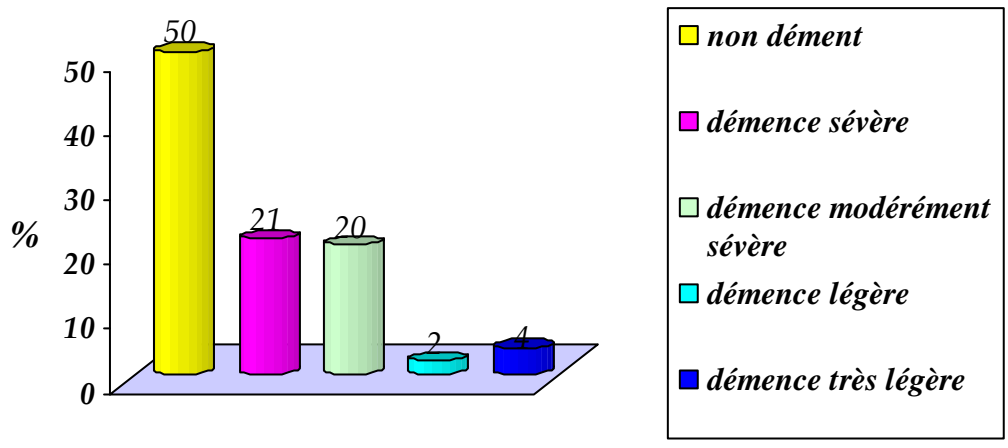


A partir de l'ensemble des observations médicales, on a pu retrouver que 47 résidents étaient étiquetés déments soit 48,45 % de l'ensemble de l'échantillon, répartis de la façon suivante :

- 21 avaient une démence sévère (MMS ≤ 9) soit 44,6% de l'ensemble des déments
- 20 une démence modérément sévère (MMS entre 10 et 18) soit 42,5%
- 2 une démence légère (MMS entre 19 et 23) soit 4,2%

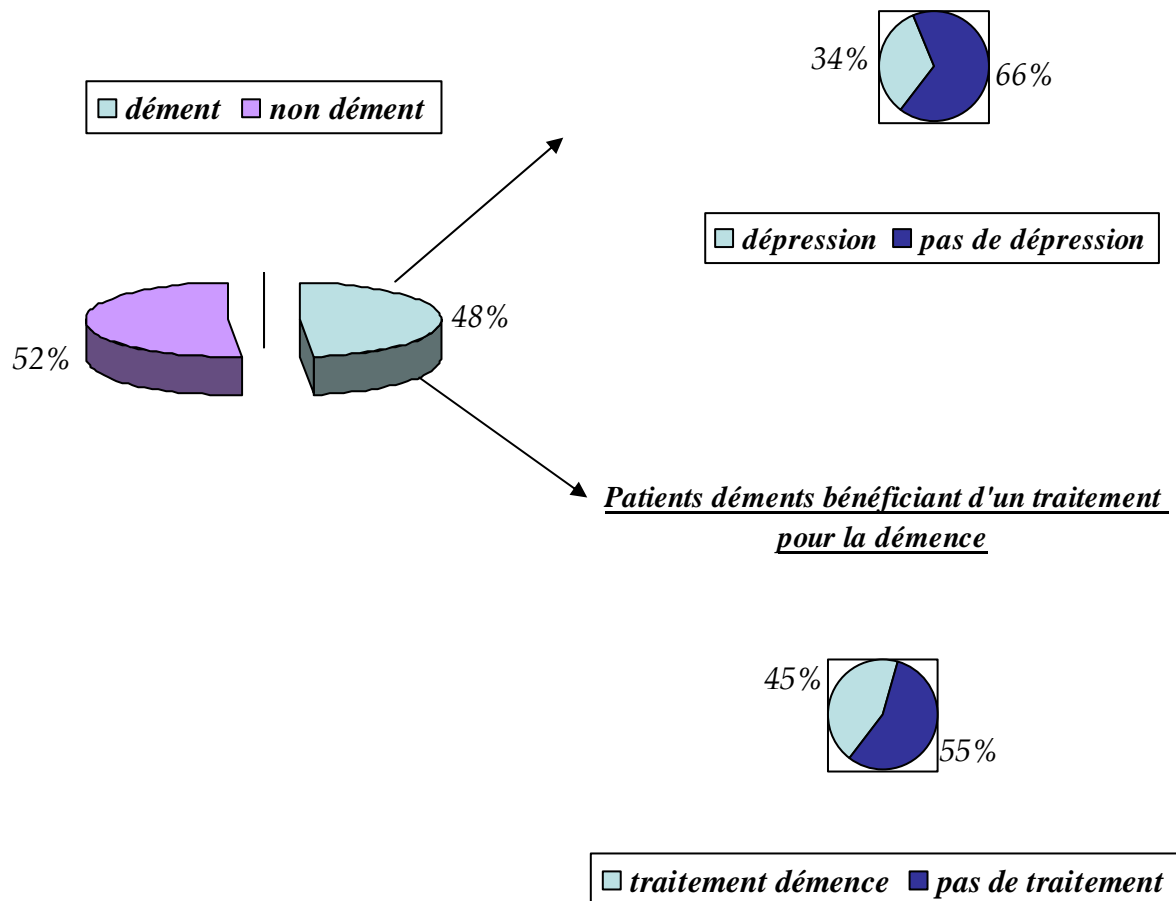
- 4 une démence très légère (MMS > = 24) soit 8,5%

Répartition des résidents en fonction de l'existence d'une démence



Parmi les déments, 34 % étaient diagnostiqués dépressifs et 44,6% avait un traitement médicamenteux pour la démence.

taux de dépression parmi les résidents déments

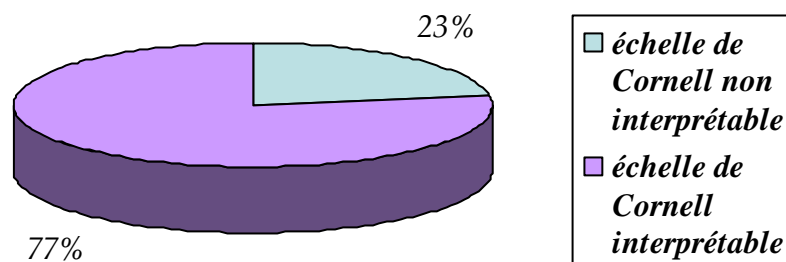


e) Evaluation de l'humeur et échelle de Cornell

Pour 22 résidents (22,62%), l'échelle de Cornell n'a pu être interprétée car il existait au moins un item qui n'avait pu être coté (NA = échelle non applicable).

On note qu'à chaque reprise, les difficultés concernaient la cotation des items cités ci-dessous et regroupés dans le paragraphe intitulé « troubles idéatoires » (cf. annexe 4) :

- ✓ Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir
- ✓ Autodépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi,
- ✓ Sentiment d'échec, pessimisme, anticipation du pire
- ✓ Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte.

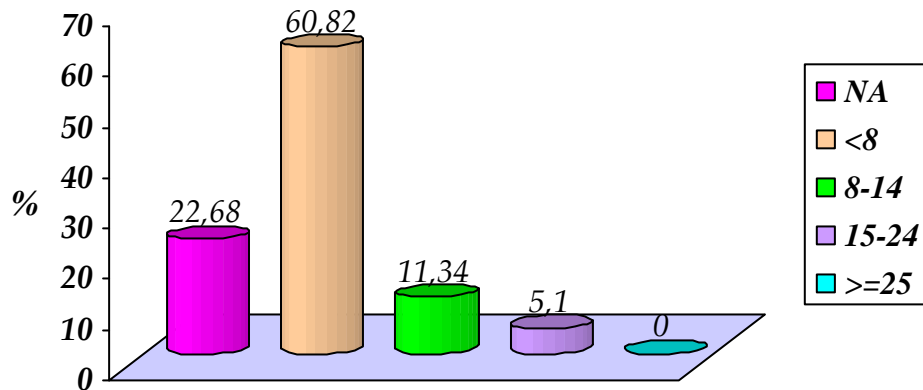


Pour la population ayant pu être évaluée, soit 75 résidents, le score moyen à l'échelle de Cornell était de 4,59 +/- 4,62 avec des extrêmes allant de 0 à 21 et une médiane de 3.

- ✓ Aucun des résidents ne présentait un score supérieur ou égal à 25 évoquant une dépression majeure.
- ✓ 59 d'entre eux, soit 60,82%, avaient un score inférieur strictement à 8 signifiant l'absence de toute symptomatologie dépressive.

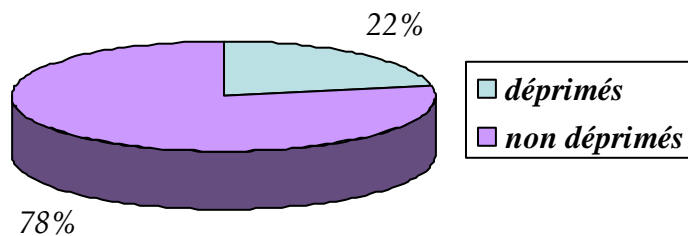
- ✓ 11 personnes (11,34%) avec un score entre 8 et 14 avaient une dépression probable et 5 personnes (5,1%) avec un score compris entre 15 et 24 avaient une dépression mineure.

Répartition des résidents en fonction du score à l'échelle de Cornell



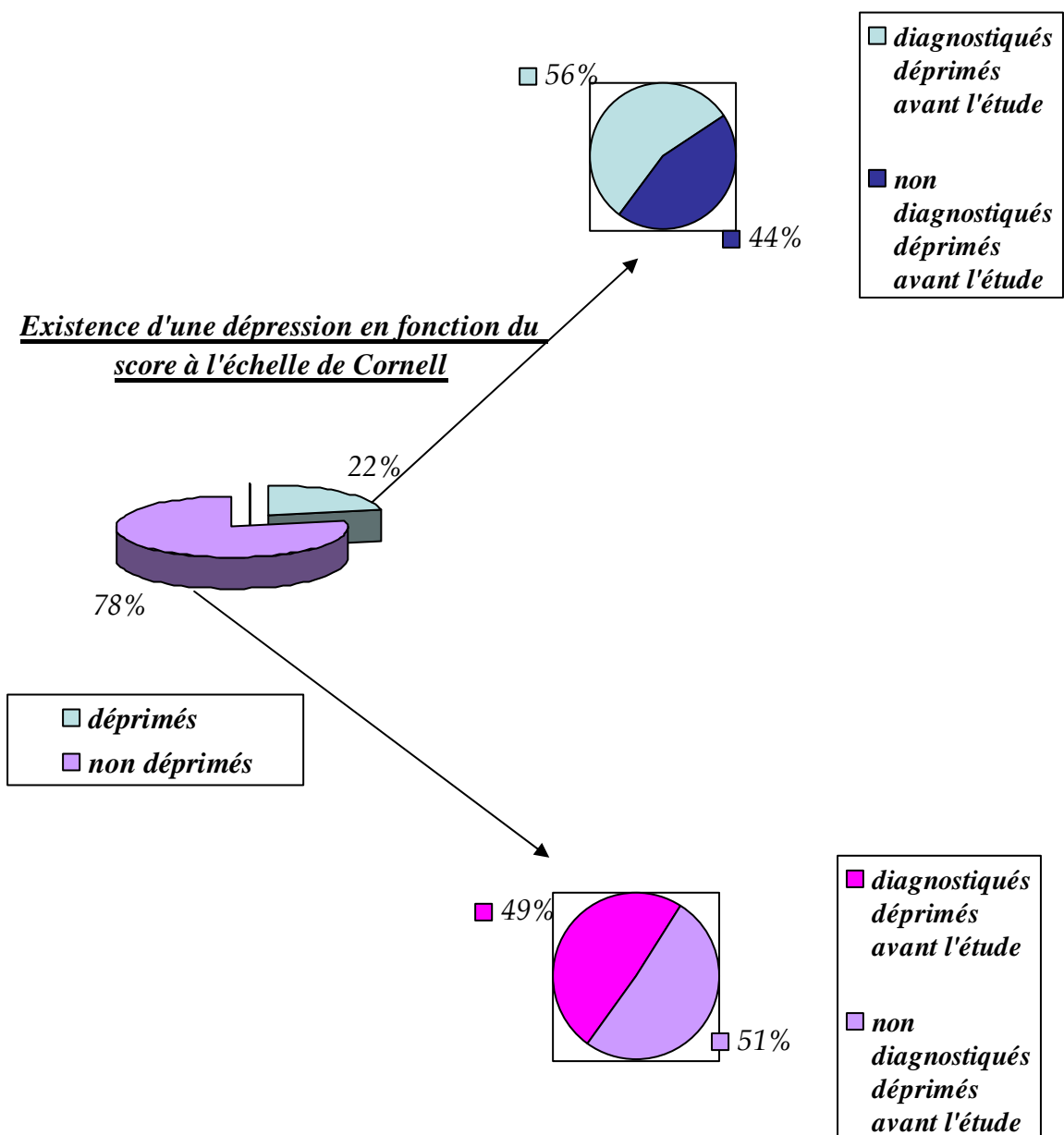
Après évaluation de l'humeur à l'aide de l'échelle de Cornell, nous retrouvons un taux de dépression de 21,33% (soit 16 résidents sur les 75 ayant pu être évalués) incluant dépression probable et dépression mineure.

Existence d'une dépression en fonction du score à l'échelle de Cornell



Parmi ces 16 résidents, 7 résidents n'étaient pas considérés comme dépressif avant. Si l'on détaille leur traitement psychotrope :

- ✓ 4 n'en avaient aucun
- ✓ 1 recevait un hypnotique
- ✓ 1 autre une trithérapie associant un anxiolytique, un hypnotique et neuroleptique
- ✓ 1 dernier recevait un hypnotique et un neuroleptique.



L'instauration d'un traitement antidépresseur améliore la symptomatologie dépressive et peut expliquer qu'on retrouve un taux plus faible de patients déprimés puisque 9 résidents sur les 38 étiquetés comme dépressifs auparavant présentent une dépression avec un score entre 8 et 24 à l'échelle de Cornell et la majorité 29/38 en sont indemnes si l'on se base sur l'échelle de Cornell.

Par ailleurs, l'absence de données chez 22 résidents constitue une perte de données considérables : parmi ces non évaluables, 4 étaient étiquetés dépressifs avant l'étude et n'ont pas pu être évalués ce qui peut être à l'origine d'une sous évaluation de cette pathologie et empêcher toute évaluation d'un traitement en cours.

f) Evaluation de l'humeur et altération cognitive

Tous les résidents avec un MMSE supérieur à 19 avaient pu être évalués.

Parmi les 22 malades non évaluables pour l'échelle de Cornell :

- ✓ 7 avaient des troubles cognitifs modérément sévères
- ✓ 15 des troubles cognitifs sévères.

Ces 22 malades étaient tous diagnostiqués déments ce qui fait que 22 des 47 déments soit 46,80 % n'avaient pu être évalués.

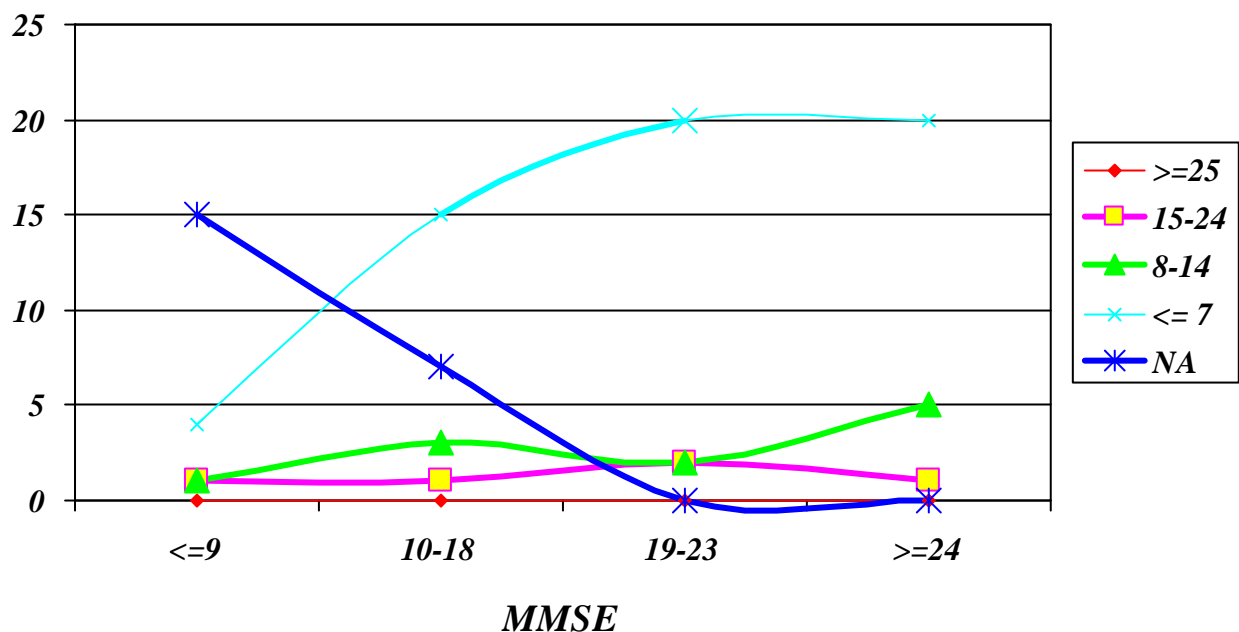
Parmi les non déments : 82% (n=41) sont indemnes de dépression, 18% (n=9) présentent une symptomatologie dépressive. (Cf. tableau suivant)

Parmi les déments : 38,2% (n=18) sont indemnes de dépression, 14,8% (n=7) présentent une symptomatologie dépressive et 47% (n=22) n'ont pu être évalués.

	Total n	Démence sévère <=9	Démence modérée sévère 10-18	Démence légère 19-23	Démence très légère >=24	Non dément
Total n	97	21	20	2	4	50
• Cornell non applicable	22	15	7	0	0	0
• Pas de dépression (Cornell <=7)	59	4	10	1	3	41
• Dépression mineure (Cornell 8-14)	11	1	2	0	0	8
Dépression probable (Cornell 15-24)	5	1	1	1	1	1
• Dépression majeure (Cornell >=25)	0	0	0	0	0	0

Comme on peut le voir sur ce graphique, à partir d'un certain degré d'altération cognitive certains résidents sont difficilement évaluable (NA = échelle de Cornell non applicable) notamment pour des scores au MMSE inférieurs à 18.

Répartition des résidents en fonction du MMSE et du score à l'échelle de Cornell



B. Etude qualitative

a) Description de l'échantillon

12 médecins ont accepté de participer à cette étude.

8 travaillent à Enghien les Bains et 4 à la résidence Arpage de Vanves.

Leurs caractéristiques principales sont les suivantes:

- Agés de 35 à 70 ans
- 3 femmes et 9 hommes
- Tous installés dans un cabinet de ville, travaillant seuls pour la majorité d'entre eux (9 médecins) et pour 3 d'entre eux en cabinet de groupe
- 10 ont été interviewés à leur cabinet, 1 à la maison de retraite de Vanves et 1 par téléphone
- Aucun n'avait une formation ou capacité en gériatrie ou en psychologie.

b) Points de vue des médecins concernant la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées démentes

La dépression des personnes âgées présentant une démence est perçue comme un problème fréquent rencontré en institution et qui relève de leur responsabilité.

Bien que 11 médecins reconnaissent d'une part rencontrer des difficultés et d'autre part l'existence d'un très probable sous diagnostic de la dépression chez ces résidents atteints de démence, 9 d'entre eux considèrent avoir une prise en charge diagnostique adaptée.

Un seul affirme ouvertement être à l'aise.

« Y a pas vraiment d'obstacles c'est quelque chose que je sens. Le sous diagnostic ... ils disent tous la même chose. » (Médecin n°12)

Le sous diagnostic :

« *Je pense que c'est vrai* » (Médecin n°2)

« *Peut être mais c'est pas énorme* » (Médecin n°5)

« *J'en suis persuadé, c'est parfois tellement compliqué* » (Médecin n°8)

2 révèlent une incertitude quant à leur capacité diagnostique de ce genre de pathologie qui relève de la psychiatrie, incertitude d'autant plus grandissante quand il existe une démence sous jacente.

« *Je pense que dans beaucoup de domaines surtout psychologique et surtout chez les vieux, on n'a pas une prise en charge adaptée.* » (Médecin n° 3)

« *Parfois on est bien obligé de reconnaître qu'on n'y arrive pas (...) la maladie d'Alzheimer on commence juste à s'en approcher, c'est une pathologie tellement particulière.* » (Médecin n° 4)

« *Prendre en charge une personne âgée démente c'est pas facile tous les jours, avec les problèmes du comportement et tout ça (...) en plus avec une dépression...* » (Médecin n°4)

La dépression chez cette population est décrite comme s'inscrivant dans une sorte de logique d'évolution de la vie du patient : la démence représentant un facteur précipitant.

5 médecins considèrent le manque et la perte de support social ou familial, le deuil et la solitude comme des facteurs prépondérants dans la genèse de cette maladie.

« *Moi, j'ai de la chance d'avoir des patients qui sont d'un niveau assez favorisé, et surtout très entourés familialement (...) ça participe au fait qu'ils vont bien maintenant.* » (Médecin n°2)

« *Une résidente m'a dit une fois : « ce qui me rend triste c'est que tout le monde est mort autour de moi ! » (...) quand vous voyez vos enfants mourir, vous pensez à la mort forcément.* » (Médecin n°4)

Pour d'autres (3 médecins), l'institutionnalisation est de loin, en grande partie responsable de cet état d'esprit. Pour l'un des intervenants, c'est une première confrontation face à la mort.

« Le principal facteur de dépression chez les personnes âgées c'est la solitude et l'institutionnalisation (...) Ce sentiment familial existe encore dans cette génération et dès l'instant où il est coupé on est déprimé. » (Médecin n° 12)

« Comment voulez vous ne pas être déprimé quand on est plus chez soi (...) » (Médecin n° 9)

« Le principal facteur de dépression chez les personnes âgées c'est la solitude en partie (...) il est évident par ailleurs, qu'à partir du moment où tu as vécu toute ta vie dans un endroit agréable, tout à coup tu te retrouves dans une chambre et tu sais très bien que c'est le dernier pas avant la mort, de toute façon ça entraîne forcément un état dépressif. » (Médecin N°5)

A l'ensemble de ces facteurs de stress psychologique liés au vieillissement se surajoute le stress psychologique lié à une démence naissante avec des épisodes d'acceptation et de refus par le patient.

« C'est évidemment normal que ces gens là aient des états dépressifs (...) ils n'arrivent plus à retenir, à calculer, ils se rendent compte que ça va pas. » (Médecin n° 4)

Cette pathologie apparait comme un phénomène compréhensible face à l'âge avancé qui entraîne de façon irrémédiable une limitation de ses activités fonctionnelles, physiques et cognitives à l'origine d'une démence.

Spontanément, la dépression est définie comme une sorte de normalité, d'évidence par la majorité des médecins puisque pour 10 d'entre eux, le mot « normal », « normalité », « logique » ou « évident » est employé et assimilé à la dépression dans leurs entretiens. Les soignants présument que la dépression est une composante normale du vieillissement ou une réaction normale à certaines difficultés rencontrées lors d'une démence débutante.

« Beaucoup de gens sont déprimés en fin de vie avec tous les problèmes qu'ils peuvent avoir notamment cognitifs, la maladie d'Alzheimer ... quand on se voit diminué c'est pas drôle. » (Médecin n°6)

« C'est évidemment normal que ces gens là aient des états dépressifs (...) ils n'arrivent plus à retenir, à calculer, ils se rendent compte que ça va pas. » (Médecin n° 4)

« Pour moi c'est strictement normal : je comprends complètement qu'ils soient dépressifs. Je pense que je serai déprimé quand je ne pourrai plus me rappeler ce que j'ai dit la veille, quand je ne pourrai plus jouer aux cartes avec mes amis... ça me paraît assez logique. » (Médecin n°7)

Dans la pratique, on note une sorte de tension, dilemme entre d'une part cette maladie perçue comme un problème évolutif, existentiel, inéluctable et plus ou moins normal chez ces patients déments, et d'autre part la perception de cette entité comme pathologie à traiter.

Ce sentiment est retrouvé plus précisément chez 2 soignants qui l'expriment ouvertement.

« Beaucoup de gens sont déprimés en fin de vie avec tous les problèmes qu'ils peuvent avoir, notamment cognitifs, la maladie d'Alzheimer (...) mais écoutez, nous sommes médecins donc ce qu'on veut c'est soigner ces gens pour qu'ils soient bien donc quelqu'un qui n'est pas bien, quelle que soit la raison, il faut la soigner. » (Médecin n° 6)

« Bon c'est sûr que dans leur situation je serai forcément déprimé, on vous parle de démence, d'Alzheimer, c'est normal (...) mais bon... il faut quand même les traiter, on est là pour ça. » (Médecin n°8)

La pratique des médecins est principalement basée sur l'adoption de leur propre méthode diagnostique, sur le recours à leur propre style de questionnaire à travers un entretien fondé sur l'écoute et la confiance que le patient âgé soit dément ou non.

11 des 12 médecins ont évoqué systématiquement cette relation de confiance qu'ils entretiennent avec leur patient, une relation médecin-malade essentielle à leur démarche diagnostique.

« Je rentre dans une situation de confiance, d'entretien avec le patient. » (Médecin n°1)

«Le dialogue entre le médecin et le malade : c'est le contact humain le plus intéressant et essentiel. Je m'adapte à lui (...), le fait qu'il soit dément ne change rien. » (Médecin n°5)

« Je pense qu'ils ont besoin d'être en confiance, de parler. J'essaie de voir si j'arrive à faire exprimer cette sensation de mal être, j'essaie de voir si la dépression est liée à des facteurs intercurrents, deuil, déplacement. » (Médecin n° 6)

« J'essaie surtout d'établir le contact, le dialogue (...) c'est sûr c'est pas toujours évident quand ils ont une maladie d'Alzheimer. » (Médecin n°11)

Les médecins placent les symptômes des patients dans un contexte de suivi, de ce qu'ils connaissent du patient et font alors appel ainsi à leur intuition.

La recherche d'une sorte de rupture par rapport à un état antérieur, de l'existence d'un facteur déclenchant (deuil, institutionnalisation) fait partie intégrante de la pratique de tous les médecins interviewés : le diagnostic étant fondé sur l'histoire du changement des comportements.

« Je pense que c'est quelque chose qu'on sent quand on connaît bien son patient (...) c'est une rupture par rapport aux habitudes » (Médecin n° 10)

« Vraiment je fonctionne plus au feeling : je ne sais pas si c'est bien ou pas, c'est sûr ce n'est pas trop scientifique. » (Médecin n° 7)

« Vous savez quand mon patient qui a une maladie d'Alzheimer plutôt légère a refusé d'un jour à l'autre de descendre au réfectoire, manger avec les autres, je me suis tout de suite posée la question (...) » (Médecin n°6)

« Chez la personne âgée, j'essaie d'observer. Ce sont des gens que je connais depuis très longtemps, que je connais bien : quand quelque chose ne va pas, on le repère assez rapidement. (...) l'observation c'est encore plus important quand il y a une démence. »

(Médecin n° 12)

L'entourage est un facteur déterminant, influençant le médecin dans la prise en charge du patient âgé dément surtout en terme diagnostique.

L'importance de l'entourage est mise en avant par 2 médecins : l'existence d'un entourage familial ou non (en général équipe paramédicale), plus ou moins proche facilite la prise en charge diagnostique mais encore faut il qu'il y en ait un. Progressivement chez le dément, la communication s'appauvrit et le rôle de l'aidant ou du soignant s'accroît.

« Je vous rappelle qu'il y a des gens extrêmement importants qui est l'entourage (...)

L'absence de famille complique forcément les choses quand on a à faire à des déments évolués. » (Médecin n°1)

« L'interrogatoire et le contact avec l'entourage est essentiel. Ils nous fournissent pas mal d'éléments quand le patient lui-même ne peut plus nous en donner. » (Médecin n° 5)

Aucun des intervenants rapportent utiliser les échelles d'aide au diagnostic pour la dépression de la personne âgée institutionnalisée atteinte d'une pathologie démentielle.

Pour 1 médecin le recours à des échelles ne relève pas de la représentation qu'il a de la médecine et y est clairement opposé : la médecine humaniste n'est pas une médecine de critères.

« La médecine humaniste n'est pas une médecine de critères (...) un être humain a son originalité ; bien sûr il y a des critères dont on a besoin pour se repérer mais la pratique, l'expérience est primordiale. » (Médecin n° 7)

8 médecins considèrent ces outils comme une perte de temps inadaptée pour faire le diagnostic au détriment de l'écoute qui peut être également diagnostique et thérapeutique.

« *Les tests ne remplacent pas la connaissance des gens, c'est pourquoi l'entourage est très important quand il n'y a pas d'entourage c'est plus problématique.* » (Médecin n° 1)

« *En ville, déjà avec la démence d'Alzheimer on essaie de faire un peu les tests, mais ensuite on manque de temps, on s'occupe de problèmes autres tels le diabète, les problèmes cardiologiques (...) alors on fait plus de médecine.* » (Médecin n°9)

Pour les 3 médecins restant, aucune critique n'est formulée à l'encontre de ces outils : ils n'y ont pas recours tout simplement.

« *Ces tests c'est peut être bien, mais je les utilise pas.* » (Médecin n°5)

Les difficultés diagnostiques liées au médecin lui-même et à sa pratique

La conviction première des médecins généralistes face à l'efficacité des options thérapeutiques disponibles pour ces patients âgés déments influence très largement la prise en charge diagnostique.

50% des médecins interviewés décrivent ouvertement un manque de certitude sur l'efficacité des antidépresseurs dans cette population, non basé sur les preuves mais sur leur propre expérience qui est responsable d'une réticence des médecins à faire le diagnostic.

« *On commence avec des traitements pas trop lourds parce qu'il ne faut pas encore qu'ils perdent de l'autonomie, mais il y a des antidépresseurs bien, assez légers, on commence par ça.* » (Médecin n° 11)

« *Les antidépresseurs ça peut être efficace mais pas toujours, on a une difficulté de dosage et puis ils n'ont pas la même activité et c'est vrai qu'on a tendance à sous estimer la dose.* » (Médecin n°3)

« L'efficacité des antidépresseurs(...) je pense que ça ne marche que dans 30 % des cas, le reste des gens c'est complètement inégal, certains vont être bien d'autres moins bien. »

(Médecin n° 7)

« Je ne suis pas suffisamment naïf pour croire qu'en prenant du Prozac° ou du Seropram° ils vont aller mieux : entre le traitement pour la démence où j'ai franchement des doutes et celui de la dépression.... » (Médecin n°8)

Une crainte quant à la prescription des antidépresseurs chez cette population âgée démente et fragile en conséquence, prédomine.

7 des médecins évoquent les effets secondaires non négligeables, les risques confusiogènes, l'iatrogénie, surtout dans cette population. 2 y ont été confrontés personnellement dans leur pratique quotidienne.

« La dépression c'est assez fréquent chez la personne âgée surtout quand elles sont seules, mais on ne peut pas donner grand-chose, les IRS par exemple ça donne des hyponatrémies j'en ai déjà eu le cas ici avec une résidente Alzheimer, son état était pire après qu'avant traitement.... » (Médecin n°8)

«Les antidépresseurs c'est bien (...) si on était sûr qu'il n'y ait pas trop d'effets secondaires. »

(Médecin n°10)

Le doute quant à l'efficacité et l'emploi de certains traitements est responsable d'une certaine absence d'investissement dans la prise en charge de cette pathologie voire une réticence claire des médecins à en faire le diagnostic.

2 médecins décrivent une certaine démotivation, peur de s'engager, de prendre en charge cette population déprimée surtout quand une démence existe.

« Je pense que la dépression est sous diagnostiquée aussi parce qu'on a peur de s'embarquer dans des choses compliquées, alors avec une démence... Moi ça dépend de l'entourage, de

comment les gens fonctionnent : si on s'occupe d'eux alors pas de problème, je leur donne des traitements mais s'ils sont tout seuls, s'ils ne prennent pas le traitement j'en fais pas une histoire, en maison de retraite je prescris ce qu'il faut. » (Médecin n° 6)

« C'est vrai que j'essaie de ne pas être trop interventionniste tout de suite par une réticence de l'emploi de certains produits qui ont toujours des effets secondaires et qui ne sont pas toujours si efficaces. » (Médecin n°8)

« Chez les déments, la perte d'autonomie, les pathologies sont nombreuses déjà.... si on commence à se poser des questions sur son bien être on s'en sort plus.. » (Médecin n°5)

Le temps et le manque de formation sont des facteurs limitant dans la prise en charge diagnostique d'une maladie particulière qu'est la dépression surtout quand elle concerne des patients ayant une pathologie démentielle.

Tous les médecins ayant participé à cette étude estiment à l'unanimité, le manque de temps comme un facteur limitant d'autant plus chez des patients présentant une pathologie cognitive de base qui ne fait que rendre plus complexe la communication entre le médecin et son patient. La place de l'écoute des problèmes relatifs à l'humeur ne peut s'en trouver qu'amoindrie.

« Déjà avec tous les soucis de diabète, cardio et j'en passe (...) on est débordé (...) alors la dépression du malade Alzheimer...» (Médecin n°2)

« Je pense que dans beaucoup de domaines surtout psychologiques et surtout chez les vieux, on n'a pas une prise en charge adaptée (...) manque de temps en partie. » (Médecin n° 3)

« La demande est forte (...) On est dans une société où de toute façon il faut que tout aille vite. C'est sûr que les problèmes somatiques passent en premier (...) après la psychologie soit on a le temps soit on en a pas. » (Médecin n°10)

Le manque de formation dans ce domaine, aussi bien concernant la démence et la dépression est considéré comme une des causes de sous diagnostic par 50% des médecins interrogés.

« Il faut dire les choses(...) on manque de formation, mais je ne sais pas comment ces choses là peuvent s'enseigner que ce soit pour une personne âgée ou plus jeune. » (Médecin n°8)

« La maladie d'Alzheimer c'est le fléau du siècle, on parle que de ça mais bon c'est juste le début (...) on ne connaît pas grand-chose, nous généralistes, le diagnostic et la première prescription de médicament est faite par le gériatre et pas nous. Nous, on ne fait pas de bilan psy spécifique, alors la dépression chez ces patients je pense qu'on ne peut être que largué aussi. » (Médecin n° 7)

Les difficultés diagnostiques liées au patient et à sa pathologie

La réticence des personnes âgées, ayant des démences débutantes, légères, à exprimer, présenter des symptômes dépressifs et à en accepter surtout le diagnostic est un frein à la prise en charge.

Des personnes âgées ayant des démences peu évoluées, qui sont souvent renfermées, qui n'expriment pas leur ressenti, c'est une situation rencontrée très fréquemment et cela représente une des difficultés principale à l'instauration d'un dialogue et l'ébauche d'un quelconque diagnostic.

2 médecins évoquent cette limite de la relation médecin-malade et cette tendance qu'ont les personnes âgées à normaliser leur situation, à l'ignorer et à y être indifférentes.

« Les personnes âgées surtout au début de la maladie d'Alzheimer sont déprimées mais elles l'expriment pas, pas vraiment donc c'est à nous de voir, mais souvent certaines ont du mal à accepter de vieillir, de perdre de l'autonomie, et surtout le diagnostic de démence et d'autres considèrent cette situation normale. » (Médecin n°6)

« Après tout, certains sont passés par la guerre, d'autres n'ont plus rien, plus de famille,

« comment voulez-vous que je sois » ils me disent. » (Médecin n°9)

Pour la majorité des médecins 10 sur 12, le déni diagnostic est prépondérant.

« Les IRS en première intention et la psychothérapie, oui(...) mais si et seulement si le patient est en adhésion et prêt à le faire, ce qui n'est pas toujours le cas » (Médecin n°1)

« Il y a plein de phénomènes d'autodéfense, le simple fait que les gens n'acceptent pas si on leur sort le diagnostic, ils ne comprennent pas alors pourquoi on va leur donner des médicaments antidépresseurs. (...) déjà il faut dire qu'ils ont du mal à entendre le mot démence, Alzheimer. C'est un travail qu'on doit faire avec eux mais le temps il est où ? » (Médecin n°7)

La dépression est perçue par les patients comme une maladie stigmatisante et incurable comme le diagnostic de démence.

Selon 3 des médecins interviewés ceci est principalement lié à un sentiment existant chez cette population que rien ne peut être fait pour eux.

« Cette lente agonie morale et intellectuelle c'est extraordinairement pénible à vivre : j'essai de leur prouver quand leur donnant un traitement ils vont aller mieux. » (Médecin n°5)

« Mais à mon âge que voulez vous faire : quand on vous dit ça à chaque fois c'est embêtant » (Médecin n°7)

Le déni du diagnostic et /ou son indifférence chez cette population aux démences peu évoluées est responsable d'une non adhérence thérapeutique des patients et d'une réticence des médecins à les prescrire.

Ce déni influence négativement l'observance thérapeutique des patients, 5 médecins décrivent cette résistance des patients à utiliser les traitements proposés, notamment les antidépresseurs,

« La prise du traitement est un obstacle certain, attention je ne suis pas suffisamment naïf pour croire qu'en prenant du prozac^o ou seropram^o ils vont aller mieux. En principe ils devraient aller mieux, mais ce n'est pas sûr du tout comme de toute façon ils ne prennent pas le produit... ou le prennent mal » (Médecin n°8)

« La maladie d'Alzheimer tout le monde en a entendu parler : alors quand on vous sort le diagnostic la pilule a du mal à passer, alors en plus si on vous parle de dépression : c'est le blocage net. Ils ne veulent même pas entendre parler de traitement. » (Médecin n°1)

Ce déni influence également la prescription médicamenteuse.

« Ils ne prennent pas le traitement : s'il y a quelqu'un ils le prennent plus ou moins bien. Moi ça dépend de l'entourage, de comment les gens fonctionnent : si on s'occupe d'eux alors pas de problème, je leur donne des traitements mais s'ils sont tout seuls, s'ils ne prennent pas le traitement j'en fais pas une histoire, en maison de retraite je prescris ce qu'il faut. »

(Médecin n° 6)

La démence en elle-même interfère avec la dépression par une symptomatologie plus ou moins commune.

Si la dépression et la démence coexistent bel et bien certains symptômes communs aux deux pathologies expliquent probablement le sous diagnostic de la dépression : problématique mise en avant par 3 médecins.

« Franchement démence et dépression c'est pas facile de faire la part des choses quand on a pas l'habitude où le temps de se pencher sur le problème, les déments sont ralentis, apathiques comme les dépressifs, c'est compliqué » (Médecin n°3)

L'évolution de la démence et sa sévérité compliquent la détection d'une dépression associée.

Enfin l'existence de toute pathologie altérant les fonctions cognitives et à fortiori l'évolution de cette dernière, engendre sans aucun doute des difficultés pour le diagnostic de la dépression pour la plupart des médecins (9 médecins y font référence) : le malade dément éprouve des difficultés progressives à s'exprimer, à expliquer ce qu'il ressent, ce dont il souffre.

« Les troubles cognitifs pour le diagnostic, ça complique les choses : dépression ou démence ? Surtout quand ils communiquent plus. » (Médecin n°8)

« Le principal obstacle c'est l'évolution de la maladie d'Alzheimer : les démences très sévères parfois c'est que agitation, troubles du comportement qu'il faut tout de suite gérer car ils sont en maison de retraite. » (Médecin n°11)

« Chez les déments évolués, c'est toujours plus compliqué d'entamer un dialogue, un entretien identique et de détecter certains éléments dépressifs. » (Médecin n°6)

Les difficultés diagnostiques liées au système de soins et à son organisation en général.

Des carences au sein du réseau de soins spécifiquement en gériatrie, est une réalité incontestable.

Le manque de structures de soins disponibles vers où adresser ces personnes âgées démentes, la difficulté d'organisation du transport notamment chez les résidents très peu autonomes, le recours à des avis spécifiques (psychiatrique, psycho gériatrique) sont des difficultés réelles peu surmontables selon 2 médecins.

« A la maison de retraite, c'est des gens qui sont plus souvent dans le quatrième âge que dans le troisième, on a déjà du mal à les envoyer vers le cardiologue une fois par an, quand c'est nécessaire, alors chez le psychologue(...), organiser le transport s'il accepte de le voir... là on se heurte à un autre problème » (Médecin n°1)

« L'accès au centre de mémoire c'est pas avant 4 mois, y en a pas beaucoup et de plus faut que les familles soient disponibles pour les accompagner, et qu'ils le veulent bien, et quand ils sont seuls qu'ils soient transportables » (Médecin n°9)

En maison de retraite, le manque de personnel soignant, qui peut être source d'un témoignage précieux et d'autre part le manque de formation de ce dernier est un facteur structurel limitant certain.

Un médecin évoque ces deux facteurs comme limitant dans le cadre du diagnostic, du suivi des résidents chez qui la dépression peut être suspectée.

« Dans la maison de retraite y a pas assez de personnel, ils sont pas assez formés et c'est pas facile de s'occuper des personnes âgées et elles sont tellement occupées à faire les soins de base, les changer, que après la discussion, parler un peu, un petit mot gentil avec chacun, on peut pas leur en vouloir » (Médecin n°6)

La psychologue est considérée comme ayant une place primordiale pour la plupart des médecins mais semble avoir également ses limites notamment quand la prise en charge en ville s'avère nécessaire.

« Le psychologue il pose deux problèmes : c'est très bien mais, un il n'est pas remboursé, .et deux, il ne prescrit pas donc on se refille le truc, ça va pas.

Si l'on doit aller au-delà c'est voir le psychiatre, là on rentre dans un autre domaine, je ne crois pas que ça intéresse beaucoup les psychiatres...les vieux... et les gens sont toujours très impressionnés » (Médecin n°5)

« Un psychologue en maison de retraite ça fonctionne bien, en ville c'est plus compliqué parce qu'il se déplace pas à domicile et les personnes âgées pour se déplacer c'est pas toujours évident, c'est pas remboursé » (Médecin n°10)

Enfin, l'isolement social, fréquent chez les malades présentant une démence, qui est évoqué comme source de la dépression, est également défini comme source d'obstacle au diagnostic : ce qui définit ainsi une sorte d'engrenage chez les personnes âgées, avec ou sans démence.

« Se sentir amoindri, c'est pas drôle surtout quand vous êtes isolés. On en parle beaucoup, la solitude n'est pas toujours agréable, y a des personnes qui aiment la solitude et y a des gens qui sont seuls malgré eux et on va pas les chercher et on s'en occupe pas » (Médecin n°4)

« Souvent y a tout le plan social qui fait que ce sont des gens isolés qui deviennent aigris et un peu moins aimables qu'ils ne l'ont été. Après il faudrait qu'il y ait une prise en charge sociale beaucoup plus importante et qu'on évite complètement l'isolement de ces gens là, la plupart du temps, qui eux même s'isolent. C'est ce qui est apparu dans l'histoire de la canicule où on s'est aperçu qu'il y avait des gens isolés » (Médecin n°6)

V. Discussion

A. La dépression et son évaluation

Afin d'apporter une certaine puissance à notre étude descriptive, celle-ci a été réalisée au sein de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, situés sur deux zones géographiques distinctes, l'une dans le Nord de Paris et l'autre dans le Sud permettant d'avoir une population totale de 97 résidents.

Les MMS ont été faits par un seul médecin formé à cette tâche.

L'échelle de Cornell a été cotée par deux médecins différents, à l'aide de l'équipe soignante : un certain bémol peut être apporté puisque ces 2 médecins n'avaient pas de formation propre à l'utilisation de cette échelle mais ce qui est le cas de la plupart des médecins généralistes.

Le reste des données a été recueilli à partir des dossiers médicaux ce qui ne peut pas permettre d'exclure un manque d'information : le diagnostic de dépression ou de démence a été établi à partir des éléments du dossier, mais non à partir d'une nouvelle évaluation psychiatrique, neuropsychologique réalisée au moment de l'étude.

Et enfin la distinction entre les différentes démences n'a pas été prise en compte.

Population étudiée

La population de notre étude est une population institutionnalisée particulièrement âgée et dépendante.

Leur moyenne d'âge est de 86.98 ans +/- 7.56 avec des extrêmes allant de 66 à 100 ans. Plus des 2/3 ont plus de 80 ans soit 84,8%. Les femmes sont majoritairement représentées avec 77 % de la population étudiée. 59 résidents soit 59.59% ont un GIR inférieur ou égale à 3 et 10.1 % égal à 1.

Les caractéristiques de cette population ne sont significativement pas différentes de celles de l'ensemble des résidents (4920 au total) décrites par l'enquête descriptive du réseau REHPA (Recherche en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) menée au sein de 240 établissements d'hébergement pour personnes âgées en France. (171) Dans cette étude

descriptive faisant un état des lieux de la situation médicale des patients institutionnalisés, la moyenne d'âge des 4920 résidents était de 85,7 ans +/- 8.8, 80,5 % avaient plus de 75 ans et 73,9% étaient des femmes. Pas d'informations quant au degré de dépendance évalué en fonction du GIR.

La prescription des psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques et antidépresseurs) constitue un problème de santé majeur et complexe particulièrement chez les sujets âgés. De nombreux travaux soulignent les mésusages des psychotropes. (172)

Dans notre étude 66.67% des résidents consomment au moins un psychotrope.

On retrouve une prescription majoritaire d'antidépresseur chez 38,38% de la population étudiée suivie de près par les anxiolytiques et les hypnotiques avec un taux respectif de 29,29% et 25,25%. Les neuroleptiques sont la classe thérapeutique la moins prescrite mais représentent tout de même 14,14% des prescriptions ce qui n'est pas anodin.

L'ensemble des résultats de la littérature rapporte des résultats concordants : entre 60 à 78 % des résidents en maison de retraite consomment au moins un psychotrope. (173-176)

Les antidépresseurs et les anxiolytiques occupent pour la majorité des études la première place de l'ensemble des prescriptions avec un taux variable de 33 à 36.8 % pour les antidépresseurs et 23 à 31% pour les anxiolytiques. (173)(176)

On note par contre, une grande variabilité de prescription des neuroleptiques 10% à 32.5% (173) (177) en fonction des études. Dans l'étude REHPA (171) près de 1 résident sur 3 (27,5%) est traité par neuroleptique au moment de l'enquête.

Constat identique pour la prescription des hypnotiques dont la variation observée est de 13.3 à 43 %. (176)(173)

La consommation de psychotropes est particulièrement forte chez les personnes âgées : on retrouve une forte consommation de psychotropes dans notre enquête, ces chiffres élevés peuvent s'expliquer par l'âge moyen élevé des résidents (86,98 ans) parmi lesquels une

proportion considérable de résidents étiquetés déments (48,45%). Les patients déments présentent très fréquemment des troubles psycho-comportementaux (dépression et troubles du comportement associés tels agressivité, cris) et sont ainsi plus à même de recevoir un traitement psychotrope, prescription très souvent discutable car source d'aggravation des fonctions supérieures et de décompensation d'un état de base fragilisé.

D'après la HAS (172), une personne sur deux de plus de 70 ans fait usage de psychotrope en France et 20% des 10 millions de personnes âgées consomment de façon chronique des hypnotiques et des anxiolytiques, il existe une sur prescription délétère de neuroleptiques tandis que le bénéfice risque leur est clairement défavorable et la prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé réellement déprimé est souvent insuffisante. C'est pourquoi la HAS a proposé de développer une réflexion, pour « Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé » en octobre 2007.

La démence en institution

Près de 50% de la population institutionnalisée est diagnostiquée démente parmi laquelle 44,6% bénéficient d'un traitement pour la démence.

Le MMSE moyen de l'échantillon est de 16,927 +/- 6,59.

A partir de l'ensemble des observations médicales, on a pu retrouver que 47 résidents étaient étiquetés déments soit 48,45 % de l'ensemble de l'échantillon, répartis de la façon suivante :

- 21 avaient une démence sévère (MMS \leq 9) 44,6 %
- 20 une démence modérément sévère (MMS entre 10 et 18) 42,5%
- 2 une démence légère (MMS entre 19 et 23) 4,2%
- 4 une démence très légère (MMS \geq 24) 8,5%

Nos résultats concordent avec ceux rapportés par l'enquête REHPA (171), où dans plus de 43% des cas, un diagnostic de démence a été porté et environ 53,4% de ces patients considérés comme déments avaient un traitement spécifique de la démence.

Les autres enquêtes de prévalence (178-181) en institution rapportent des taux supérieurs, variables et notent qu'environ 67 à 78% des personnes âgées vivant en maison de retraite souffrent d'une démence. Parmi celles-ci, nous revenons sur l'étude de cohorte PAQUID (50) qui estimait en 2005, après évaluation, la prévalence de la démence en institution à 71,6% parmi lesquels deux tiers présentaient une démence sévère.

Si l'on revient sur l'étude REHPA (171), il est probable que ce pourcentage soit sous évalué car il s'agit là de chiffres déclarés sans recherche active du diagnostic contrairement aux autres études. Nous pouvons également appliquer cette réflexion à notre travail de recherche puisque le nombre de cas de déments a été répertorié à partir des dossiers médicaux : l'absence d'évaluation récente est une source de sous évaluation très probable.

Par ailleurs, parmi les non déments : 6 ont des troubles cognitifs modérément sévères (MMSE 10-18), 22 ont des troubles cognitifs légers (MMSE 19-23) et 22 très légers (MMSE \geq 24). Certes le MMSE permet d'évaluer de manière globale les fonctions cognitives, c'est un indicateur de dysfonctionnement cognitif mais est insuffisant pour établir seul le diagnostic de démence. Son interprétation est complexe : l'âge, le niveau socio-éducatif influencent certaines réponses, en particulier le calcul et le dessin. Ce test comporte des limites, il aurait été intéressant de compléter ce dernier par un bilan neuropsychologique afin d'évaluer le nombre de démence non diagnostiquée.

La dépression et la démence en institution.

Au moment de l'étude, près de 39% des résidents étaient étiquetés dépressifs et traités en conséquence, parmi ceux ci 42,1 % avaient une démence. Les critères employés ayant permis de poser le diagnostic n'étaient pas mentionnés dans le dossier.

De nombreuses études rapportent des taux discordant concernant la prévalence de la dépression et ce en fonction des différents critères d'évaluation employés. Nos résultats semblent en accord avec l'ensemble de la littérature puisque en fonction des

études réalisées la prévalence de troubles dépressifs chez les personnes âgées institutionnalisées varie très sensiblement de 22% à 55%. (182-183)

Selon le même projet multicentrique de Recherche en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées portant sur 700 000 personnes en France (171) qui a permis de créer une base de données permettant de mieux connaître les problèmes de santé et les soins délivrés dans ces établissements, en EHPAD, la présence suspectée de dépression avec ou sans démence représente 39.9% des résidents selon cette base de données.

Dans notre population, 34 % des déments étaient déprimés : résultats proche de ceux retrouvés dans la littérature puisque après utilisation de méthodes fiables pour l'évaluation et le diagnostic de troubles dépressifs, la prévalence d'une dépression chez les patients atteints de démence d'Alzheimer ou troubles apparentés varie de 22,5% à 54,4 % en fonction des différentes études. (61-65)

Dans une étude réalisée sur 1002 personnes âgées, parmi lesquelles 329 présentant une démence, 24% présentent des troubles dépressifs. (66)

Dans une revue de la littérature réalisée par Wragg et Coll. (67) évaluant le taux de prévalence de symptômes psychotiques et dépressifs chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, les symptômes dépressifs sont retrouvés dans 30 à 40% des sujets.

On note à travers la littérature une hétérogénéité des moyens diagnostiques employés pour détecter la dépression (que les résidents soient déments ou non) : diagnostic basé sur l'impression clinique globale, le recours à des entretiens ciblés (par des spécialistes ou non) ou à des échelles de dépistage. Ceci peut expliquer la variabilité très sensible du taux de prévalence retrouvé à travers les différentes enquêtes effectuées.

L'absence d'évaluation standardisée claire et le caractère plus souvent subjectif de ces pathologies psychologiques telle la dépression, peuvent expliquer ces résultats très variables et le très probable sous diagnostic de cette pathologie qu'est la dépression.

L'évaluation de la dépression à partir de l'échelle de Cornell

Après évaluation de l'humeur à l'aide de l'échelle de Cornell, nous retrouvons un taux de dépression de 21,33% (soit 16 résidents sur les 75 ayant pu être évalués) incluant dépression probable et dépression mineure et aucune dépression majeure.

Deux études se sont focalisées sur la prévalence de la dépression en maison de retraite en utilisant comme outil l'échelle de Cornell. Une dépression cliniquement significative était définie pour un score à l'échelle de Cornell supérieur ou égal à 8 comme dans notre travail.

Dans la première étude norvégienne (184) plus récente publiée en 2009, portant sur 902 résidents suivis sur une période de 12 mois, la prévalence était estimée à 21.2% ce qui concorde avec nos résultats. Cependant nous ne disposons pas d'information sur l'existence ou non de difficultés possibles quant à l'application de cette échelle chez cette population, sur l'existence ou non d'items non applicables comme dans notre étude où le taux d'échelle non applicable atteint 22.68%.

Le même constat est fait pour la deuxième étude australienne (185) qui rapporte un taux de prévalence de 34.7%.

Aucune de ces études ne rapporte d'épisode dépressif majeur après cotation de l'échelle de Cornell comme nous pouvons le constater dans nos résultats.

L'instauration d'un traitement antidépresseur améliore la symptomatologie dépressive et peut expliquer qu'on retrouve un taux plus faible de patients déprimés par rapport aux dossiers médicaux puisque 9 résidents sur les 38 étiquetés comme dépressifs auparavant présentent une dépression avec un score entre 8 et 24 à l'échelle de Cornell et la majorité 29/38 en sont indemnes si l'on se base sur l'échelle de Cornell.

Par ailleurs, l'absence de données chez 22 résidents constitue une perte de données considérables : parmi ces non évaluables, 4 étaient étiquetés dépressifs avant l'étude et n'ont pas pu être évalués ce qui peut être à l'origine d'une sous évaluation de cette pathologie et empêcher toute évaluation d'un traitement en cours.

Il aurait été intéressant de comparer les résultats obtenus à l'échelle de Cornell avec une nouvelle évaluation neuropsychologique, psychiatrique réalisée au moment de l'étude en se basant notamment sur les critères diagnostiques autres tel le DSM-IV , ou sur des entretiens spécifiques : les troubles de l'humeur évoluent au cours du temps.

Evaluation de l'humeur : échelle de Cornell et sa faisabilité discutée

Bien que cette échelle ait été validée aux Etats Unis (186) pour aider à la détection de la dépression, en particulier chez les personnes âgées institutionnalisées, présentant des troubles des fonctions supérieures modérément sévères à sévères, nous avons rencontré des difficultés quant à sa réalisation parmi les déments présentant des troubles cognitifs sévères et modérément sévères.

On note au vu des données, que l'échelle de Cornell n'a pu être appliquée chez 22 personnes soit 22.68%. Aucune difficulté rencontrée pour les résidents ayant un MMSE supérieur ou égal à 19.

Parmi les 22 malades non évaluables pour l'échelle de Cornell :

- ✓ 7 avaient des troubles cognitifs modérément sévères
- ✓ 15 des troubles cognitifs sévères.

Ces 22 malades étaient tous diagnostiqués déments ce qui fait que 22 des 47 déments soit 46,80 % n'avaient pu être évalués or il s'agit d'une population à risque de développer une symptomatologie dépressive.

Les principaux items non évaluables concernent essentiellement les troubles idéatoires (cf. annexe 4) qui sont intitulés de la façon suivante :

- ✓ Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir
- ✓ Autodépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi,
- ✓ sentiment d'échec
- ✓ Pessimisme, anticipation du pire
- ✓ Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte

Dans la littérature, une seule étude (187) rapporte des difficultés quant à l'utilisation de cette échelle chez les patients déments sévères. Parmi 105 malades hospitalisés en unités de soins de longue durée, présentant une moyenne d'âge de 90 ans et dont 88% étaient déments, l'échelle de Cornell n'a pu être réalisée complètement chez 50% des patients ayant une démence sévère (MMSE<10). Ce qui diffère de notre enquête, c'est d'une part son lieu puisque celle-ci s'est déroulée au sein de 3 unités de soins de longue durée et non en maison de retraite et d'autre part le fait que les médecins étaient formés à l'utilisation de cette échelle contrairement à notre étude.

Dans l'étude française validant la traduction française de l'échelle de Cornell réalisée par Camus en 1995 (188), aucune difficulté quant à son application n'avait été rapportée. Bien que la sévérité des troubles cognitifs se rapproche de notre étude avec un MMSE moyen de 16,8 +/- 3,45 la population étudiée était différente sur quelques points :

- ✓ La taille de l'échantillon était plus faible (24 patients)
- ✓ Il s'agissait majoritairement de patients non institutionnalisés pour 83%
- ✓ La population était beaucoup plus jeune avec une moyenne d'âge de 77,9 +/- 7,4.

De même aucune difficulté rapportée dans une étude plus récente (189), réalisée chez 316 patients non institutionnalisés et ayant pour objectif d'évaluer la prévalence de la dépression en fonction de la sévérité de la démence par 4 échelles différentes dont l'échelle de Cornell. Malgré la taille de l'échantillon plus significative, 316 patients dont les troubles

cognitifs étaient plus ou moins modérés (moyenne du MMS 16,9), il s'agissait d'une population également plus jeune non institutionnalisée (moyenne d'âge 72,6).

Une formation adaptée des médecins quant à l'utilisation de cette échelle pourrait-elle permettre d'éviter ces difficultés ? Il est évident que la cotation de certains items (la recherche d'idées suicidaires, d'une perte d'estime de soi, d'une autodépréciation, d'idées délirantes congruentes à l'humeur, d'idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte) nécessite un minimum de communication entre les résidents et l'ensemble des soignants de la maison de retraite or à un stade évolué de la démence cette communication est déficitaire. Il semble difficile qu'une formation puisse combler ce déficit.

La population institutionnalisée est une population très âgée, particulièrement dépendante et près de 50% présente une démence majoritairement modérément sévère et sévère. La dépression est une pathologie fréquemment rencontrée dans ces institutions mais son taux est très variable compte tenu de l'absence d'évaluation claire standardisée et du caractère subjectif de cette pathologie relevant du domaine psychologique.

Il faut rappeler que le score à l'échelle de Cornell fournit une indication, a pour but d'objectiver les symptômes dépressifs, mais ne permet pas à lui seul de poser le diagnostic. En France il n'existe aucune recommandation quant à l'utilisation de cette échelle chez des résidents de maison de retraite ou même dans d'autres circonstances (hôpital, ville). Bien que cette échelle de Cornell ait été validée en français pour l'évaluation de la symptomatologie dépressive chez des patients présentant des troubles cognitifs à un stade modérément sévère à sévère (188) nous avons rencontré des difficultés quant à sa réalisation ce qui a également été rapporté par d'autres auteurs. En effet selon Muller et al. (187) « lorsque cette échelle est appliquée à une population (...) très âgée, avec une forte fréquence de syndromes démentiels à un stade sévère, elle peut comporter des limites quant à sa passation. »

B. La prise en charge médicale diagnostique et thérapeutique

Nous avons basé notre étude sur des entretiens des médecins généralistes, rapportant ainsi leur croyance, leur pratique et leur vécu, et non sur l'observation extérieure des pratiques actuelles et réelles.

Nous ne pouvons donc pas être sûr jusqu'à quel point les réponses peuvent être influencées par ce que le médecin pense être « médicalement correct », « acceptable » et « attendu ». Ces données ne mesurent pas la pratique réelle, mais peuvent éventuellement refléter l'approche idéalisée par les médecins généralistes de la prise en charge médicale.

D'autre part, la méthode d'échantillonnage n'est pas représentative de tous les médecins généralistes : il est possible que les médecins ayant accepté de participer à cette étude portent plus d'intérêt pour cette pathologie ou tout simplement plus d'intérêt envers la personne âgée, il en résulte alors une meilleure connaissance, des attitudes peut être plus favorables dans ce domaine.

Enfin, en ce qui concerne l'analyse de ces entretiens, la triangulation permettant de définir les différents thèmes n'a pu être mise en place et appliquée par une personne extérieure à l'étude mais par moi-même : le risque interprétatif ne peut être écarté à 100%.

Généralités sur la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées et démentes

Parce que les résidents en maison de retraite dépendent souvent des médecins généralistes pour leur traitement, la plupart sont d'accord pour dire que le diagnostic et le traitement de la dépression chez cette population institutionnalisée et démente relèvent de leur responsabilité.

Tous concordent pour dire que diagnostiquer, traiter ces personnes relèvent de leur responsabilité. Point identique rapporté par Burroughs et al. (194) : après évaluation du point de vue des professionnels de santé en soins primaires concernant la prise en charge de la dépression en gériatrie, la majorité des médecins généralistes reconnaissent avoir un rôle

primordial en soins primaires dans la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées démentes ou non : en effet ils sont situés au premier plan d'autant plus en maison de retraite.

La majorité des médecins estime détecter cette pathologie de façon adéquate. Bien que 9 des 12 médecins interviewés sont conscients des difficultés rencontrées et du très probable sous diagnostic de cette pathologie chez cette population âgée démente ils pensent faire tout ce qu'il faut de façon appropriée sans remise en question notable. Dimension similaire retrouvée dans l'enquête menée par Banazak et al. (195), auprès de 615 médecins généralistes travaillant en maison de retraite auprès de résidents déments ou non (avec un taux de réponse de 63%), selon laquelle plus de 75% estiment détecter et traiter la dépression de façon adaptée sans faire de distinction entre pathologie démentielle existante ou non.

Cependant certains avouent ressentir un sentiment de frustration quant à leur rôle de soignant, limité notamment par l'ensemble des obstacles rencontrés dans leur expérience de tous les jours.

« Parfois on est bien obligé de reconnaître qu'on n'y arrive pas (...) la maladie d'Alzheimer on commence juste à s'en approcher, c'est une pathologie tellement particulière. » (Médecin n° 4)

« Prendre en charge une personne âgée démente c'est pas facile tous les jours, avec les problèmes du comportement et tout ça (...) en plus avec une dépression... » (Médecin n°4)

Selon Glasser et al. (191), bien que 98,6% des 141 médecins interviewés concordent sur le fait que le diagnostic et par conséquent le traitement de la dépression chez les personnes âgées sont importants, 29% rapportent que les personnes âgées déprimées, les frustrent et les font échouer d'autant plus si elles présentent des démences associées.

Tous les médecins rapportent une utilisation limitée des indicateurs d'évaluation au diagnostic : on note une réticence de leur part à utiliser les échelles de dépression.

Aucun n'a recours à ces outils dans notre étude, résultat beaucoup plus radical que ceux rapportés par la littérature. Selon Deborah et al. (190) dans une étude récente de 2007, seul un quart des médecins généralistes utilise systématiquement en routine un outil de dépistage. Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par l'étude de Glasser et al. (191), selon laquelle aucun test standard de dépistage n'est utilisé chez 66,7% des médecins interrogés. L'argument principalement avancé dans l'ensemble des études est le manque de temps, ce que nous constatons également dans nos résultats. Un seul médecin a montré une opposition à l'utilisation de ces outils jugés comme divergeant de la représentation qu'il a de la pratique médicale. Eléments non retrouvés dans la littérature.

« La médecine humaniste n'est pas une médecine de critères (...) un être humain a son originalité ; bien sûr il y a des critères dont on a besoin pour se repérer mais la pratique, l'expérience est primordiale. » (Médecin n° 7)

L'ensemble des médecins généralistes fait prévaloir la relation médecin-malade en adoptant leur propre style de questionnaire, qui s'inscrit dans la connaissance qu'ont les médecins généralistes de leur patient dément et en faisant appel à leur intuition.

La plupart des médecins généralistes diagnostique la dépression chez leur patient ayant une pathologie démentielle en se basant sur leur propre impression clinique, sachant que la grande majorité de ces patients sont connus et suivis depuis longtemps : résultats concordants avec d'autres études antérieures de Williams et al.(192) et de Bagder et al.(193), cette dernière démontrant qu'aucun des 50 médecins interrogés ne basait leur diagnostic sur des critères précis préétablis (critères du DSM-IV ou échelle) mais sur leur intuition, pressentiment.

« Vraiment je fonctionne plus au feeling : je ne sais pas si c'est bien ou pas, c'est sûr ce n'est pas trop scientifique. » (Médecin n° 7)

Cette approche suffit-elle ? Apparemment elle demeure insuffisante puisqu'il a été prouvé que la dépression chez les résidents déments en maison de retraite était souvent sous diagnostiquée et par conséquent sous traitée par les médecins généralistes (223). Peu d'études

ont évalué le diagnostic et la prescription d'antidépresseur chez les résidents déments et déprimés. Dans celle dont on dispose, il a été retrouvé que seuls 20% des résidents en maison de retraite (présentant pour la moitié une démence) diagnostiqués comme déprimés par une évaluation psychiatrique, recevaient un traitement antidépresseur. (196-197)

Proposition : un meilleur repérage des patients déments à risque de développer une dépression.

Les personnes âgées institutionnalisées et démentes constituent entre autres, une population à risque : on pourrait penser qu'un travail en amont, permettant de repérer les résidents déments à risque de développer une dépression, à l'aide d'une consultation systématique à l'entrée en institution, permettrait de cibler cette population. Le but étant d'insister sur la prévention en maison de retraite.

Par ailleurs, le développement d'une surveillance plus accrue avec instauration de consultations systématiques et spécifiques des troubles de l'humeur au sein des résidences pour personnes âgées pourrait améliorer la détection de cette pathologie chez les personnes ayant une démence sous jacente.

Tout sujet âgé en particulier dément admis en EHPAD, devrait bénéficier d'un repérage systématique d'une dépression au cours des premiers jours suivant l'admission puis annuellement parce qu'une admission représente un facteur de risque de développer un syndrome dépressif.

Obstacles liés au médecin et à sa pratique

Banalisation de la pathologie : la dépression passe souvent inaperçue chez les aînés déments, les stéréotypes négatifs existant chez le sujet âgé d'autant plus s'il existe une démence sous jacente est en partie responsable de ce constat : « la dépression c'est

naturelle, bien des événements déprimants arrivent à la personne âgée alors quand on se souvient plus de ce qu'on a fait la veille comment voulez vous réagir!! » (Médecin n°3)

La dépression est souvent apparentée à la conséquence finale et inéluctable d'une vie parsemée d'embuches et d'évènements indésirables.

La perte ou le délaissement de sa famille, le deuil, l'institutionnalisation et donc la perte de support social sont considérés comme étant des facteurs précipitant à la dépression, résultats comparables à l'ensemble de la littérature (214-215).

La dépression est perçue comme réactionnelle à la prise de conscience de troubles cognitifs, d'une démence débutante : constat fait par certains médecins interviewés et que l'on retrouve dans la littérature. (226)

« Beaucoup de gens sont déprimés en fin de vie avec tous les problèmes qu'ils peuvent avoir notamment cognitifs, la maladie d'Alzheimer ... quand on se voit diminué c'est pas drôle. » (Médecin n°6)

A la perte de tous ces repères consécutifs, se surajoute le diagnostic de démence les confrontant directement à la mort : comment alors ne pas être déprimé.

« (...) il est évident par ailleurs, qu'à partir du moment où tu as vécu toute ta vie dans un endroit agréable, tout à coup tu te retrouves dans une chambre et tu sais très bien que c'est le dernier pas avant la mort, de toute façon ça entraîne forcément un état dépressif » (Médecin n°5)

La méconnaissance de la dépression par les médecins est liée à un facteur important :

l'attitude générale face au vieillissement qui a souvent tendance à considérer comme normale la dépression surtout après 80 ans et surtout quand il existe une démence sous jacente ce qui conduit à banaliser un symptôme cardinal de cette pathologie. Spontanément, la dépression est définie comme une sorte de normalité, d'évidence par la majorité des médecins de notre étude :

« C'est évidemment normal que ces gens là aient des états dépressifs (...) ils n'arrivent plus à retenir, à calculer, ils se rendent compte que ça va pas. » (Médecin n° 4)

« Pour moi c'est strictement normal : je comprends complètement qu'ils soient dépressifs. Je pense que je serai déprimé quand je ne pourrai plus me rappeler ce que j'ai dit la veille, quand je ne pourrai plus jouer aux cartes avec mes amis... ça me paraît assez logique. »
(Médecin n°7)

Il faut du temps pour prendre la mesure des répercussions qu'engendre dans la vie quotidienne la révélation, l'annonce diagnostique d'une démence d'Alzheimer ou apparentée : mais ceci passe très souvent en second plan.

Ces résultats sont comparables à ceux de Gallo J et al. (215) : parmi les 215 médecins généralistes ayant participé à l'étude, 76,7% considèrent la dépression comme « justifiée », d'autant plus s'il existe des troubles cognitifs débutants.

En conséquence, ils peuvent prendre en charge une dépression de façon inadaptée, mettre l'accent sur une probable pathologie organique, sur une démence débutante ou évoluée, et sous estimer les symptômes chez les personnes âgées sévèrement déprimées, incluant les patients à risque de suicide et peuvent être moins enclin à traiter des idéations suicidaires. A partir d'une étude de prévalence, Rabins et al. (214) conclut que les besoins, en terme de « santé mentale », non satisfaits, augmentent avec l'âge : ce taux peut atteindre 63% chez les personnes âgées de 65 ans et plus, sans distinction faite entre démence ou non.

Les soignants semblent moins se focaliser sur des problèmes de dépression d'autant plus chez les personnes très âgées et démentes, ce qui peut être en parti expliqué par le concept de « l'invisibilité de l'ordinaire ». Dans une étude de 2003 (198) comparant la prise en charge de la dépression entre jeunes adultes et personnes âgées, portant sur 3 mois et sur une population âgée de 19 à 93 ans (parmi lesquels il y avait des déments, proportion non définie), on constate que les jeunes patients ont plus de chance d'être diagnostiqués dépressifs par rapport aux personnes âgées et rapportent plus de sentiments dépressifs que les personnes âgées.

Seuls 6% des soignants posent la question sur des risques suicidaires aux personnes très âgées, 1/5 leur demande s'ils se sentent déprimés, 25% les adressent vers un psychothérapeute, 1/20 les questionne sur des problèmes d'alcool sous jacent par rapport aux patients jeunes. Dans cette étude aucune distinction n'est faite entre personnes âgées présentant une démence ou non.

Il en découle une sorte de discordance entre d'une part cette maladie perçue comme un problème évolutif, existentiel, plus ou moins normal à fortiori chez les personnes présentant une démence, et d'autre part l'obligation de prise en charge, de traitement par conscience et obligation professionnelle.

« Bon c'est sûr que dans leur situation je serai forcément déprimé, on vous parle de démence, d'Alzheimer, c'est normal (...) mais bon... il faut quand même les traiter, on est là pour ça. »
(Médecin n°8)

Le terme de « nihilisme thérapeutique » (199) est souvent rapporté par un certain nombre d'études suggérant que la dépression est compréhensible et à fortiori justifiable. Ainsi les sentiments de détresse des malades sont normalisés.

Proposition : l'abandon du stéréotype social

C'est un préjugé, un stéréotype social que de croire que le vieillissement s'accompagne de façon évidente, plus ou moins normale de symptômes dépressifs surtout chez les déments. Il est grand temps d'abandonner les préjugés et les attitudes fatalistes quand cette maladie atteint nos aînés qui sont déjà amoindris par leur pathologie démentielle : il serait intéressant de voir si l'éducation des soignants, leur sensibilisation face à ce problème, à l'aide notamment de FMC, séminaires, pourrait permettre de changer leur pratique médicale et améliorer la prise en charge de cette population âgée et démente trop souvent mise à l'écart.

D'après le Dr Frémont (218), « l'obstacle principal au diagnostic de la dépression chez le sujet âgé tient probablement moins à ses particularités cliniques qu'à l'attitude des médecins face au vieillissement, qui ont tendance à assimiler tristesse et vieillesse surtout après 80 ans. Cette attitude(...) doit donc être largement remise en question ».

Pessimisme face aux options thérapeutiques disponibles : l'ensemble des études semble décrire une sorte de pessimisme émanant de la part des médecins face aux options thérapeutiques disponibles pour traiter la dépression de la personne âgée d'autant plus s'il existe des troubles cognitifs. (201-202)

La moitié des médecins décrit un manque de certitude sur l'efficacité des antidépresseurs.

Parmi les 215 médecins généralistes ayant répondu à l'étude de Gallo et al. (215), 86% pensent que les traitements médicamenteux sont aussi efficaces chez les personnes âgées que chez les plus jeunes (57% respectivement pour les psychothérapies) mais seuls 61% indiquent que la littérature médicale est « très convaincante » sur le fait que « traiter une dépression chez la personne âgée réduit la morbidité ». Aucune différence n'est faite entre l'existence ou non d'une démence associée.

Par ailleurs, les expériences des médecins peuvent perturber et influencer la prescription d'un traitement antidépresseur plus que la connaissance dans ce domaine.

En effet, on note une réticence de la part des médecins généralistes à prescrire des antidépresseurs liée :

- A l'incertitude sur l'efficacité de ce traitement, non basée sur les preuves mais sur leur propre expérience clinique.
- A la mauvaise tolérance thérapeutique principalement rapportée dans cette tranche d'âge et cette population ayant une démence.

- Au facteur structurel et organisationnel de leur pratique limitant le monitoring d'un malade dément sous antidépresseur.

Pont de vue similaire retrouvé par Arean et al. (203) : d'après une enquête réalisée en 2003, auprès de 253 médecins généralistes, à l'aide de questionnaires, il est démontré que 75% des médecins généralistes disent avoir des connaissances solides sur l'utilisation des antidépresseurs en gériatrie et 86% disent se sentir à l'aise dans le traitement de la dépression des personnes âgées démentes ou non. En analyse multi variée, la décision à traiter une personne âgée démente ou non par antidépresseur est influencée largement par les croyances du soignant sur l'efficacité du traitement antidépresseur, leur confort dans le traitement de la dépression de la personne âgée, leur expérience passée concernant des réponses positives et les effets indésirables liés à des traitements antidépresseurs chez les personnes âgées.

Le doute quant à l'efficacité des traitements et la crainte quant à l'emploi de certains traitements plus basés sur l'expérience que sur la connaissance théorique influencent négativement la prise en charge de cette pathologie puisqu'ils développent chez les médecins une réticence à s'investir et à en faire le diagnostic.

Dimension similaire retrouvée dans l'étude réalisée en 2006 (194), auprès d'une quinzaine de médecins généralistes : seule une minorité décrit se sentir confortable dans la prise en charge de la personne âgée déprimée sans distinction entre démence ou non, et investir par conséquent du temps et des efforts dans le soutien de leurs patients. Le reste des professionnels de santé, majoritaire (13 sur 15), décrit par contre une réticence à faire le diagnostic de la dépression chez les personnes âgées liée à l'existence d'un sentiment qu'ils n'ont rien à offrir à ces patients.

Dans l'étude de Snowden et al. (227), les personnes âgées démentes ne sont pratiquement jamais adressées par leur médecin vers des services spécialisés de psycho gériatrie, pour avis ou prise en charge, contrairement aux autres : ce qui renforce ce manque d'investissement notable.

Proposition

Il est important de rappeler aux médecins généralistes l'importance de la détection et par conséquent du traitement de cette pathologie en termes de morbidité, et d'amélioration de la qualité de vie surtout chez les personnes âgées démentes qui ont souvent une perte d'autonomie liée à leur pathologie neurologique.

Il faut rassurer les médecins sur l'existence d'effets secondaires qui ne sont pas plus importants que ceux des neuroleptiques trop souvent prescrits paradoxalement chez les résidents ayant une démence avec troubles du comportement, et qui ne doivent pas être un obstacle à la prescription.

Limites liées à la pratique et aux moyens : il arrive souvent que la dépression chez les personnes âgées démentes ne soit pas diagnostiquée ou traitée en raison d'un manque de connaissance de la part des professionnels de santé (en plus de préjugés et embuches cités ci-dessus) et le manque de temps.

Près de la moitié considère avoir un manque de formation aussi bien concernant la démence et la dépression, point de vue similaire rapporté par Meldon et al. (225) qui retrouve que les médecins généralistes ont un manque de connaissance sur le haut degré de prévalence de la dépression chez les déments, se concentrant plus sur des plaintes médicales somatiques sans se poser la question de l'origine de ces manifestations, parfois psychologique.

De façon plus générale Deborah et al. (190) retrouve que seul 50% des médecins estiment avoir des connaissances satisfaisantes sur la dépression et les différents moyens disponibles en terme thérapeutique chez cette population âgée qu'elle soit démente ou non.

Le manque de temps est largement évoqué puisque tous estiment ce facteur comme limitant à l'unanimité. Dimension identique retrouvée dans littérature concernant le diagnostic de la

dépression chez la personne âgée en général, pas de données spécifiques sur ce thème chez la personne âgée plus spécifiquement démente.

Selon une étude réalisée auprès de 150 médecins, bien que près de 100% des médecins concordent sur le fait que le diagnostic de la dépression chez les personnes âgées est important, 24,2 % d'entre eux affirment être trop pressés par le temps pour dépister en routine de façon systématique la dépression chez les personnes âgées. (191)

En moyenne, les consultations des médecins traitants durent 13 minutes et chaque patient a en moyenne 6 problèmes à régler. (204-205)

Les données issues de l'étude PRIME-MD 1000 (206), démontrent que cela prend environ 8 minutes pour appliquer un diagnostic formel sur des critères précis, ce qui représente une proportion considérable de la visite habituelle. Face aux multiples problèmes à prendre en charge, surtout en gériatrie, 8 minutes pour appliquer un diagnostic formel, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un problème psychologique ne doit pas être perçu comme acceptable et possible par le patient et le médecin.

Proposition

Une formation médicale plus adaptée à la personne âgée démente, en termes diagnostique et thérapeutique et le développement de guides de bonnes pratiques cliniques, d'algorithmes permettraient d'apporter des repères et d'orienter les médecins généralistes dans leur démarche. Selon Glasser et al. (217), parmi les 130 médecins interviewés, 85% pensent que l'accent doit être surtout mis sur la formation médicale et le lien entre médecine physique et santé mentale.

L'implication, l'éducation et la formation de l'ensemble du personnel soignant, travaillant en EHPAD (infirmières, aides soignantes, auxiliaires de vie) en contact étroit avec tous les résidents déments, pourrait permettre d'apporter des éléments

supplémentaires d'orientation dans la détection de la dépression, aider le médecin généraliste présent de façon plus occasionnelle.

Il serait opportun de développer une stratégie de repérage des signes cliniques de la dépression chez le dément en impliquant le personnel médical et surtout paramédical : la mise en commun de tous les moyens de repérage ne peut être que bénéfique.

Obstacles liés aux patients et à la pathologie démentielle

La démence et l'altération de la relation médecin malade : la démence décroît les capacités à communiquer les symptômes, on note une perte progressive de la capacité à expliquer ce qu'il ressent.

Ce sentiment retrouvé dans notre étude est comparable à d'autres résultats. (224) Lorsqu'une pathologie démentielle existe et évolue, la relation médecin-malade ne s'en trouve que plus complexe et amoindrie : c'est une réalité incontestable.

« Chez les déments évolués, c'est toujours plus compliqué d'entamer un dialogue, un entretien identique et de détecter certains éléments dépressifs. » (Médecin n°6)

Une symptomatologie commune : certains symptômes communs à la démence et à la dépression expliquent en partie que cette dernière soit moins bien repérée.

« Franchement démence et dépression c'est pas facile de faire la part des choses quand on a pas l'habitude où le temps de se pencher sur le problème, les déments sont ralenti, apathiques comme les dépressifs. C'est compliqué. » (Médecin n°3)

Sans aucune surprise, l'altération des fonctions cognitives est en compétition avec le dépistage de la dépression par les médecins généralistes ce qui décroît potentiellement les chances pour la personne âgée de recevoir un traitement pharmacologique ou une psychothérapie. (212)(213)

Les modifications somatiques contemporaines du vieillissement et leur intrication fréquente avec les troubles cognitifs, une démence ne font que compliquer les choses ce qui est évoqué clairement dans notre étude. D'autres enquêtes rapportent une difficulté diagnostique de la dépression dans un contexte de démence lié au chevauchement de symptômes communs aux deux pathologies : « affect abasé, apathie, faible degré de loquacité, ralentissement psychomoteur généralisé, troubles de la concentration ». (221) (222)

Dimension similaire retrouvée par l'étude de Gallo et al. (215), où l'une des difficultés au diagnostic évoquée par 18% des médecins interviewés est la présentation atypique de cette pathologie dans cette population, puisqu'elle est associée à la coexistence de troubles cognitifs. Certaines particularités sémiologiques de la dépression du sujet âgé et de la démence peuvent gêner son diagnostic si elles ne sont pas bien connues du médecin.

La démence et sa sévérité : une relation médecin malade encore plus complexe, et appauvrie.

Dans notre étude c'est l'évolution de la démence qui est principalement rapportée par la majorité des médecins comme obstacle à la détection de la dépression, aucune référence aux autres pathologies : l'évolution de la démence s'accompagne de difficultés progressives à s'exprimer, à expliquer ce qu'il ressent, ce dont il souffre et la communication s'appauvrit.

D'après Martin Evers et al. (228), le diagnostic et la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées démentes varie très sensiblement avec la sévérité de la démence : il a été démontré que la reconnaissance de la dépression est significativement plus basse chez les patients avec une démence sévère.

« Le principal obstacle c'est l'évolution de la maladie d'Alzheimer : les démences très sévères parfois c'est que agitation, troubles du comportement qu'il faut tout de suite gérer car ils sont en maison de retraite. » (Médecin n°11)

Une très faible minorité (2 sur 12 médecins) évoque l'entourage comme source de témoignage important, surtout chez les démences très évoluées. Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, il devient une interface indispensable (le soignant ou la famille) entre le médecin et le patient. Aucune donnée retrouvée dans la littérature sur ce fait.

Le vécu et la dépression de la personne âgée au stade initial d'une démence : bon nombre d'ainés présentant des symptômes dépressifs ne se font pas traités, leur perception concernant cette pathologie semble influencer sa détection et sa prise en charge en général.

Les patients âgés au stade débutant d'une démence ou avec une démence légère rapportent moins volontairement les symptômes dépressifs par banalisation de leur situation et/ou une indifférence face à leur situation : certains semblent voir la dépression comme une faiblesse du moral ou un défaut du caractère, mais non comme une maladie et d'autres sont aussi plus à même d'attribuer ces symptômes à une maladie physique. (207)

« Les personnes âgées surtout au début de la maladie d'Alzheimer sont déprimées mais elles l'expriment pas, pas vraiment donc c'est à nous de voir, mais souvent certaines ont du mal à accepter de vieillir, de perdre de l'autonomie, et surtout le diagnostic de démence et d'autres considèrent cette situation normale. » (Médecin n°6)

Ce ressenti évoqué par 2 des médecins de notre étude, est également mis en avant par Burroughs et al. (194), mais chez les personnes âgées en général : selon l'ensemble des médecins généralistes interviewés, les patients âgés semblent définir la dépression comme compréhensible et le produit, la conséquence d'une situation médico-socio-économique ralentie, limitée. Ils notent de la part de leurs patients, une tendance à banaliser le ralentissement et le découragement observés. Aucune donnée retrouvée dans la littérature concernant ce constat chez les personnes âgées démentes plus spécifiquement.

Les personnes âgées au stade initial d'une démence n'expriment pas spontanément leurs soucis, par honte, par peur de gêner : la dépression est vécue comme un signe de faiblesse ou d'échec.

Selon Leger et al. (219), une des raisons de la sous évaluation de l'état dépressif serait la pudeur des personnes âgées vieillissantes à communiquer leurs troubles. Les aînés ont moins tendance à rapporter des problèmes de nature psychologique et l'isolement social diminue le nombre d'occasion pour l'entourage de se douter de quoi que ce soit. Cette dimension psycho sociale n'est pas retrouvée dans notre étude.

Proposition

La recherche systématique des éléments dépressifs, en incorporant par exemple systématiquement une question sur l'humeur dans sa consultation routinière ou en ayant recours à des outils d'aide au diagnostic pour rapporter des repères, doit faire l'objet d'une démarche systématique de la part de tous les médecins qui soignent les personnes âgées démentes sans attendre que les patients parlent spontanément de leurs symptômes, leur ressenti. Le but étant d'encourager les patients à parler tout simplement. Certes cela se complique quand les troubles cognitifs, les démences sont plus évoluées rendant la communication plus difficile.

Surtout au stade initial de la démence, la perception de la dépression comme maladie psychiatrique stigmatisante, incurable et la minimisation du besoin de soin est associé à un refus du diagnostic et par conséquent une non adhérence thérapeutique.

Dans nos résultats, le déni diagnostique est considéré comme prépondérant par 10 des 12 médecins interviewés ce qui concorde avec les résultats d'autres études réalisées auparavant. 28% des 215 médecins généralistes ayant participé à l'étude de Gallo J et al. (215)

considèrent le refus de diagnostic comme principal obstacle au traitement de la dépression chez une population âgée institutionnalisée, démente ou non.

En effet, parmi les difficultés rencontrées dans la prise en charge diagnostique de la dépression chez les personnes âgées, la stigmatisation de cette pathologie associée à une réticence à accepter le diagnostic influençant négativement l'adhérence au traitement est très fréquemment ressenti par les soignants. (192) (194)

Une étude montre (209) que 40% des personnes âgées avec dépression ne veulent pas ou ne ressentent pas le besoin d'être traitées, ce qui impose des limites significatives. D'après Wetherelle et al. (210) évaluant l'observance thérapeutique chez les personnes âgées déprimées, le taux de non adhésion peut atteindre 60% dans cette population (40-75% selon une autre étude (211)).

Le doute sur l'efficacité des traitements proposés est mis en avant. Pour certains d'entre eux (3 des 12 médecins), cette réticence des personnes âgées ayant une démence peu évoluée à présenter, parler de leur ressenti, de leurs symptômes est dû principalement à un sentiment que rien ne peut être fait pour eux, que leur situation est désespérée et qu'il y a peu d'espoir sur les thérapeutiques à proposer. Dimension similaire évoquée par Hegel et al.(208) et Burroughs et al. (194).

Ce doute quant à l'efficacité des antidépresseurs existe chez les médecins généralistes comme on l'a vu précédemment, cela peut influencer et entretenir les croyances des malades même si ce n'est pas dit explicitement : c'est le propre de la relation médecin-malade.

Ce déni diagnostic lorsqu'une démence peu évoluée existe, influence également les médecins dans leur prescription et la relation médecin-malade proprement dit.

« Ils ne prennent pas le traitement : s'il y a quelqu'un ils le prennent plus ou moins bien. Moi ça dépend de l'entourage, de comment les gens fonctionnent : si on s'occupe d'eux alors pas de problème, je leur donne des traitements mais s'ils sont tout seuls, sils ne prennent pas le

traitement j'en fais pas une histoire, en maison de retraite je prescris ce qu'il faut » (Médecin n° 6)

Aucune donnée retrouvée dans la littérature quant à cette approche, la seule étude se rapprochant de ce constat, est celle de Burroughs et al. (194) qui retrouve que certains médecins ne se déclarent pas ouverts à discuter pleinement du diagnostic ou de la prescription d'antidépresseur avec leurs patients âgés en général : ils perçoivent le diagnostic de dépression comme stigmatisant pour ces personnes âgées et c'est pourquoi ils évitent d'en parler ouvertement et utilisent d'autres termes pour décrire leur prise en charge : « nostalgie », « solitude ».

Proposition

Trop de gens âgés et leur entourage croient qu'il est normal d'être déprimé avec l'âge, surtout quand il existe des comorbidités comme la démence et ils ne pensent même pas à consulter ou à encourager leur proche à leur faire. Il est nécessaire d'accroître la sensibilité du public afin de dédramatiser la dépression dans cette population, et augmenter la prise en charge plus globale (incluant entourage et patient) de la démence elle-même.

A l'échelle individuelle, l'éducation des patients et des familles est primordial, surtout quand le diagnostic de démence est posé. Le rôle du médecin est indéniable, ce dernier voit régulièrement ces patients en résidence, il serait intéressant d'évaluer l'impact d'une éducation médicale adaptée afin de modifier leur idées reçues sur la démence, la dépression et de s'assurer de la compréhension des thérapeutiques envisagées et du délai envisagé quant à l'obtention d'une certaine efficacité.

A l'échelle nationale, le développement d'une campagne d'information et de sensibilisation concernant la dépression spécifiquement gériatrique, et spécifiquement dans la pathologie démentielle serait intéressant : elle pourrait permettre de

dédramatiser la situation, de voir ce que l'on refuse de voir au quotidien, de focaliser ses efforts, son repérage chez les personnes ayant une démence.

Obstacles liés au système de soins et à son organisation en général

La majorité des médecins de notre étude décrivent un manque certain de moyens qui permettraient de les aider dans la prise en charge de patients âgés déments.

Le recours, parfois nécessaire, à des avis spécialisés est considéré comme difficilement surmontable par 2 médecins de notre enquête. Sentiment partagé à travers les différents

entretiens réalisés par William et al. (192), où l'on retrouve un mécontentement certain lié :

-à l'absence de communication entre généralistes et spécialistes psychiatres, plus précisément de psycho-géiatries.

-et à l'absence de disponibilité de leur part.

Quand des difficultés de prise en charge pèsent soit au plan clinique ou thérapeutique, il semble important de pouvoir faire appel assez rapidement à des spécialistes.

« La maladie d'Alzheimer c'est le fléau du siècle, on parle que de ça mais bon c'est juste le début (...) on connaît pas grand-chose, nous... généralistes. Le diagnostic et la première prescription de médicament est faite par le gériatre et pas nous. Nous, on fait pas de bilan psy spécifique, alors la dépression chez ces patients je pense qu'on ne peut être que largué aussi. » (Médecin n° 7)

Il a été démontré par Katon et al. (220), qu'intégrer un consultant psychiatre dans la prise en charge améliore le devenir du patient et est plutôt bien accepté par l'ensemble des soignants en soins primaires et ce de façon générale sans se focaliser sur l'existence ou non d'une démence.

Les limites que peut rencontrer le psychologue en maison de retraite ne sont pas anodines.

En effet, le psychologue occupe une place primordiale dans ces établissements, mais il ne prescrit pas, il est seul pour 100 résidents dépassant certainement ses capacités de travail. Par ailleurs, le personnel en EHPAD est limité en nombre et peu formé. Ces difficultés évoquées par une minorité de médecins n'ont pas été retrouvées par d'autres études, d'autres entretiens.

Proposition : une prise en charge pluridisciplinaire

Au vu de la complexité que représente ces deux pathologies, la démence et la dépression, on ne peut envisager l'idée que la dépression chez des patients atteints de démence puisse être évaluée par une simple échelle, ou seulement des items sans recherche et étude parallèle de l'histoire, du contexte, des symptômes cliniques : une collaboration bien rodée entre psychogériatre, psychologue et équipe infirmière paramédicale serait sûrement un minimum.

Le développement d'unité de psycho gériatrie, notamment d'unités mobiles de psycho gériatrie pour intervenir ou faire de la prévention en EHPAD serait en partie, un remède à ces carences.

Cela a été évoqué à la réunion du Syndicat National de Gériatrie Clinique, du 18 décembre 2008 mais semble encore utopique et difficile à mettre en place alors qu'il a été clairement démonté dans une étude randomisée, réalisée en 2006 en EHPAD (216), sur la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé, que la collaboration étroite entre généraliste, comportementaliste et psychiatre semble être un ingrédient majeur à une prise en charge efficace de cette pathologie au long terme.

A défaut de ce système de soin, disposer d'un psycho-gériatre au sein de chaque maison de retraite de façon permanente ou à temps partiel pourrait permettre de répondre à certaines problématiques : notamment lorsque le médecin généraliste semble dépasser par une situation clinique difficile.

**C. Des actions en cours : HAS et le programme 2007-2010 pour
l'amélioration de la prescription des psychotropes chez les personnes
âgées**

A l'invitation de la HAS, de nombreux partenaires professionnels et institutionnels se sont réunis afin de mettre en œuvre des actions concertées visant à améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé et en conséquence améliorer entre autres la prise en charge de la dépression.

a) Programmes professionnels de santé

- **Un programme d'aide au repérage, au diagnostic et à la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé** a été développé par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie à la demande de la Direction Générale de la Santé dans le cadre du plan « Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 ». Il vise à l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge de la dépression par les médecins coordonnateurs et les généralistes intervenant en EHPAD.

Une mallette d'outils constitue le support du programme de santé MobiQual : après avoir été expérimenté dans deux départements, Aquitaine (EHPAD) et Alpes Maritimes (médecine ambulatoire), entre septembre 2007 et juin 2008, la généralisation de ce programme a été entreprise au second semestre 2008 pour se poursuivre en 2009.

L'outil dépression peut être mis à disposition des professionnels volontaires ayant signé une charte d'engagement : lors des différentes réunions organisées en région ou sur demande motivée, précisant le cadre d'utilisation envisagée.

Son contenu regroupe :

- Les principes généraux du repérage et de la prise en charge de la dépression

- L’outil d’aide à la décision
- Des instruments d’évaluation et de suivi.

- **Le programme « Psycho-SA » (psychotropes et sujet âgé)** de la HAS propose depuis 2008 des outils d’aide au diagnostic et au traitement de la dépression du sujet très âgé, adaptés à l’exercice de la médecine générale. Ces outils (arbre décisionnel devant des signes dépressifs, mémo sur la place des anxiolytiques dans la dépression) ont pour but de mieux repérer la dépression devant des signes anxieux ou des troubles du sommeil.

- **Le plan Alzheimer 2008-2012** : qui regroupe dans sa seizième mesure la création ou l’identification, au sein des EHPAD, d’unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux.

b) Une campagne d’information du grand public sur la dépression : une information spécifique sur le sujet âgé en attente.

L’institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES) a mené une campagne d’information sur la dépression visant à sensibiliser l’ensemble de la population sur la maladie et favoriser sa prise en charge depuis octobre novembre 2007 : il existe un site informatif sur Internet info-depression.fr. Son évaluation est en cours, reste à envisager une campagne plus spécifique de la personne âgée, toujours en attente.

VI. Conclusion

Comme il a été vu, la dépression est une pathologie fréquente chez la population gériatrique en particulier chez ceux présentant une démence et institutionnalisés. Elle retentit de manière importante sur la qualité de vie en termes de dépendance, de morbidité physique, mortalité et est un facteur de coût en matière de dépense de santé. L'efficacité du traitement de la dépression qui repose sur des moyens médicamenteux et non médicamenteux est prouvée notamment en termes d'amélioration de la qualité de vie. Cependant, malgré ces constatations, cette pathologie chez les personnes âgées démentes reste largement sous diagnostiquée.

Nous disposons d'outils d'aide au diagnostic validés et spécifiques de la personne âgée démente, notamment l'échelle de Cornell. Il faut rappeler que le score à l'échelle de Cornell fournit une indication, a pour but d'objectiver les symptômes dépressifs, mais ne permet pas à lui seul de poser le diagnostic. Dans notre étude, 21,33% des résidents évaluables présentaient une dépression mineure ou probable, 60,82% n'avaient pas de symptomatologie dépressive, et aucune dépression majeure n'a été retrouvée. Bien que cette échelle de Cornell ait été validée en français pour l'évaluation de la symptomatologie dépressive chez des patients présentant des troubles cognitifs à un stade modérément sévère à sévère nous avons rencontré des difficultés quant à sa réalisation puisque 22,6% (N=22) des résidents n'ont pu être évaluables pour certains items nécessitant une participation active, orale du patient. Ces 22 résidents étaient tous étiquetés déments parmi lesquels 7 avaient une démence modérément sévère et 15 une démence sévère. A partir d'un certain degré d'altération cognitive, l'application de cette échelle même en étant une échelle d'hétéro-évaluation se heurte aux difficultés de communication avec le patient.

Aucun des médecins ne rapportent utiliser ces échelles mais à travers leurs entretiens de nombreuses difficultés se dégagent quant à la détection de cette pathologie chez cette population particulière :

- Liées aux soignants : la banalisation de cette pathologie, le pessimisme sur l'efficacité des options thérapeutiques disponibles, la crainte quant à leur emploi, le manque de formation spécifique, le manque de temps.
- Liées aux patients : le vécu du patient, son ressenti et son désespoir quant à l'aide qu'on peut lui apporter, le doute sur l'efficacité des traitements qu'on lui propose
- Liées à la maladie elle-même : la symptomatologie commune à la démence et la dépression, la sévérité de la démence et l'altération de la relation médecin malade, de la communication proprement dit.
- Lié au système de soin : le recours à des avis spécialisés peu fréquent et disponible, le rôle du psychologue limité, un personnel paramédical en maison de retraite peu formé et limité en nombre.

La complexité de ces deux pathologies fait que la dépression d'autant plus quand une démence existe, ne peut être évaluée par une simple échelle ou un simple entretien.

- Une prise en charge pluridisciplinaire (médecin généraliste, psycho gériatre, unité psycho gériatrique, équipe médicale et paramédicale de la maison de retraite) avec repérage des patients à risque basé sur une action préventive en amont, des consultations systématiques spécifiques de l'humeur,
- L'abandon des préjugés et attitudes fatalistes à l'aide d'une éducation des soignants, de l'entourage, des patients à l'échelon nationale et individuelle,
- La formation plus adaptée du personnel médical et paramédical sur la dépression et la démence,

Sont toutes des actions qui pourraient permettre d'améliorer de façon synergique la détection de cette pathologie en institution chez les déments.

Il serait intéressant d'évaluer à court terme la faisabilité de la mise en application de ces différentes actions qui pour certaines paraissent certes un peu utopiques. Et surtout à plus long terme, d'en mesurer l'efficacité à l'aide notamment d'études interventionnelles réalisées au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

VII. Bibliographie

- (1) J.-P. Clément, J.-M. Leger. Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. *Programme de recherche et d'information sur la dépression*. Paris 1996.
- (2) Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry epidemiol*. 2001 Dec; 36 (12): 613-20.
- (3) Leger JM, Clement JP. Depression and aging. *Encephale* 1992 Sep; 18 Spec No 4: 511-6.
- (4) Kivela SL. Depression and physical and social functioning in old age. *Acta Psychiatr Scand Suppl*.1994; 377: 73-6.
- (5) Forsell Y., Jorm AF, von Strauss E., Winblad B. Prevalence and correlates of depression in a population of nonagenarians. *Br J Psychiatry*. 1995 Jul; 167(1): 61-4.
- (6)Kaup BA, Loreck D.,Gruber-Baldini AL, German P, Menon AS, Zimmerman S., Burton L., Magaziner J. Depression and its relationship to function and medical status, by dementia status, in nursing home admissions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007 May; 15(5): 438-42.
- (7) Zietemann V., Machens P., Mielck A., Kwetkat A. Social contact and depression in geriatric patients: is there an influence of gender? *Gesundheitswesen*. 2007 Jun; 69(6): 345-52.
- (8) Evans S., Katona C. Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia*. 1993 Nov-Dec; 4(6): 327-33.
- (9) Urbina Torija JR., Flores Mayor JM., Garcia Salazar MP., Torres Buisan L., Torrubias Fernandez RM. Depressive symptoms in the elderly. Prevalence and associated factors. *Gac Sanit*.2007 Jan-Feb; 21(1): 37-42.
- (10) Mendes de Leon CF., Kasi SV., Jacobs S. A prospective study of widowhood and changes in symptoms of depression in a community sample of the elderly. *Psychol Med*. 1994 Aug; 24(3): 613-24.
- (11) Green BH., Copeland JR., Dewey ME., Sharma V., Saunders PA.,Davidson IA., Summivan C., McWilliams C. Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand*. 1992 Sep; 86 (3): 213-7.
- (12) Jongenelis K., Pot AM., Eisses AM., Beekman AT., Kluiters H., Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord*. 2004 Déc.; 83(2-3): 135-42.
- (13) Pellerin J., Boiffin A. Dépression du sujet âgé. *La revue de gériatrie* 1999 vol 24 n°5 Service de geronto-psychiatrie, Hôpital Charles Foix
- (14) Lyness JM, Kim J, Tang W, Conwell Y, King DA, Caine ED. The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007 Mar; 15(3): 214-23.Epub 2007 Jan 9.
- (15) Léger, J.M., & Clément, J.P. (1998). Quelles sont les particularités cliniques de la dépression du sujet âgé ? In Colonna, L. et coll. (Eds.), *Age, Dépression et Antidépresseurs* (25-30). Paris : Flammarion Médecine Science.
- (16) Hazif-Thomas C., Thomas P. Dépression de la personne âgée : des tableaux cliniques souvent atypiques. *La revue de Gériatrie* 1998 Vol 23 n°4
- (17) Oxman TE, Barrett JE, Barret J, Gerber P. Symptomatology of late-life minor depression among primary care patients. *Psychosomatics*.1990 spring; 31(2): 174-80.
- (18) Yesavage JA. Depression in the elderly. How to recognize masked symptoms and choose appropriate therapy. *Postgrad Med*.1992 Jan; 91(1): 255-8, 261.
- (19) Müller-Spahn F., Hock C. Clinical presentation of depression in the elderly. *Gerontology*. 1994; 40 Suppl 1: 10-4.
- (20) Mrduljas-Dujic N, Dzopalic-Cvjetanovic N, Dvornik-Radica A, Vrdoljak D. The characteristics of depression in the elderly. *Acta Med Croatia*. 2007 Feb; 61(1): 33-8.
- (21) Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Jonker C, Van Tilburg W. Comorbidity and risk patterns of depression generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later-life: results from the AMSTEL study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Nov.18 (11): 994-1001.

- (22) Husain MM, Rush AJ, Sackeim HA, Wisniewski SR, McClintock SM, Craven N, Holiner J, Mitchell JR, Balasubramani GK, Hauger R. Age-related characteristics of depression: a preliminary STAR*D report. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005 Oct; 13(10): 852-60.
- (23) Valenstein M, Taylor KK, Austin K, Kales HC, McCarthy JF, Blow FC. Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. *Am J Psychiatry*. 2004 Apr; 16(4): 654-61.
- (24) Meyers BS, Kalayam B, Mei-Tal V. Late-onset delusional depression: a distinct clinical entity? *J Clin Psychiatry*. 1984 Aug; 45(8): 347-9.
- (25) Barbier D. Depression in the elderly. Clinical aspects. *Presse Med*. 2001 Feb 24; 30(7): 339-40.
- (26) Tison, P., Junique, B., & Taillez, N. Clinique d'une dépression inattendue à 98 ans. *La revue de Gériatrie* (sous presse). 2003.
- (27) Clément JP., Leger JM., Paulin S. Troubles psychiques et troubles somatiques : l'intrication chez le sujet âgé. *La Revue de Gériatrie* 1996 vol 21 n°9.
- (28) Aguilar-Navarro S, Avila-Funes JA. Depression: clinical features and consequences among the elderly. *Gac Med Mex*. 2007 Mar-Apr; 143(2): 141-8.
- (29) Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Krishnan KR, Sibert TE. Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc*. 1993 Nov; 41(11): 1169-76.
- (30) Mehta M, Whyte E, Lenze E, Hardy S, Roumani Y, Squashing P, Huang W, Studenski S. Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Aug 6.
- (31) Lee SH, Wen MC, Chao CC, Chen YJ, Yen CF. Apathy in late life depression among Taiwanese patients. *Int Psychogeriatr*. 2007 Jul 26; 1-10.
- (32) J.-P. Clément, J.-M. Leger. Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. *Programme de recherche et d'information sur la dépression*. Paris 1996
- (33) Shahpesandy H. Different manifestation of depressive disorder in the elderly. *Neuro Endocrinol Lett*. 2005 Déc.; 26(6): 691-5.
- (34) Leger JM. Dépression et vieillissement : in « Séminaire de psychiatrie biologique » (Hôpital Saint Anne : approches cliniques, biologiques et thérapeutiques des maladies dépressives) 1996, tome 26 : 129-150 dans *L'importance de la dépression et les moyens de la dépister chez les personnes âgées*. C. Hazif-Thomas, Ph Thomas Centre de gérontologie pasteur CHU Poitiers.
- (35) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982 -1983; 17(1): 37-49.
- (36) Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Gerritsen DL, Derksen M, Beekman AT, Kluiters H, Ribbe MW. Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Nov; 20(11): 1067 -74.
- (37) Pomeroy IM, Clark CR, Philip I. The effectiveness of very short scales for depression screening in elderly medical patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 321-6.
- (38) Brown LM, Schinka JA. Development and initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Oct; 20(10): 911-8.
- (39) Osborn DP, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Nunes M, Breeze E, Siu-Woon Ng E, Bulpitt CJ, Jones D, Tulloch A. Geriatric Depression Scale in a representative sample of 14 545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of Assessment and management of Older People in the Community. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002 Apr; 17(4): 375-82.
- (40) Cullum S, Tucker S, Todd C, Brayne C. Screening for depression in older medical in patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 May; 21(5): 469-76.

- (41) Clement JP, Nassif RF, Leger JM, Marchan F. Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale. *Encephale* 1997 Mar-Apr; 23(2): 91-9.
- (42) Galaria II, Casten RJ, Rovner BW. Development of a shorter version of the geriatric depression scale for visually impaired older patients. *Int Psychogeriatr* 2000 Dec; 12(4): 435-43.
- (43) D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening detection and management of depression in elderly primary care attenders : The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale and the development of short versions. *Fam Pract* 1994 Sep; 11(3): 260-6.
- (44) Cannon BJ, Thaler T, Roos S. Oral versus written administration of the Geriatric Depression Scale. *Aging Ment Health* 2002 Nov; 6(4): 418-22
- (45) de Craen AJ, Heeren TJ, Gussekloo J. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Jan; 18(1): 63-6.
- (46) Burke WJ, Houston MJ, Boust SJ, Roccaforte WH. Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc* 1989 Sep; 37(9): 856-60.
- (47) Feher EP, Larrabee GJ, Crook TH 3rd. Factors attenuating the validity of the Geriatric Depression Scale in a dementia population. *J Am Geriatr Soc* 1992 Sep; 40(9): 906-9.
- (48) Kafonek S, Ettinger WH, Roca R, Kittner S, Taylor N, German PS. Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *J Am Geriatr Soc* 1989 Jan; 37(1): 29-34.
- (49) McGivney SA, Mulvihill M, Taylor B. Validating the GDS depression screen in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1994 May; 42(5): 490-2.
- (50) Ramarosan H, Helmer C, Barberger-gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID. *Revue de neurologie* 2003 vol.159 n°4.
- (51) Pariente A, Helmer C, Ramarosan H, Barberger-gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées : données réactualisées de la cohorte PAQUID. *Dementiae* 2005
- (52) F. Hy, S. Pariel-Madjlessi, J. Belmin. Troubles de la mémoire et démences chez les sujets âgés.
- (53) Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *ANAES* février 2000.
- (54) Doit-on dépister les démences ? *Bibliomed* Numéro 319 du 23 octobre 2003.
- (55) Pariel-Madjlessi S, Operon C, Pequignot R, Konrat C, Leonardelli S, Belmin J. Dementia syndromes in the elderly : diagnostic procedures. *Presse Med.* 2007 Jul 10.
- (56) Pancrazi MP, Metais P. Repérer les signes psychologiques et comportementaux de la démence d'Alzheimer. Département médico-gérontologique CH Courbevoie-Neuilly. *La Revue Du Praticien* 13 septembre 2004.
- (57) Brocker P, Benoit M, Clement JP, Cnockaert X, Hinault P, Nourasheim F, Pancrazi MP, Portet F, Robert P, Thomas P, Verny M. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence: description et prise en charge. *La revue de gériatrie* Tome 30 n°4 avril 2005.
- (58) Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, Tortrat D, Robert PH. Behavioral and psychologic symptoms in Alzheimer's disease : results of the REAL.FR study. *Rev Med Interne* 2003 oct; 24 suppl 3: 319s-324s.
- (59) Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA, Bravi D, and Calvani M, Carta A. Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation, and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry.* 1996 Nov; 153(11): 1438 -43.
- (60) Sink KM et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. *JAMA* 2005; 293:596-608. Dans Comment traiter les troubles comportementaux des démences? *Bibliomed* numéro 395 du 22 septembre 2005.

- (61) Zubenko GS, Zubenko WN, McPherson S, Spoor E, Marin DB, Farlow MR, Smith GE, Geda YE, Cummings JL, Petersen RC, Sunderland T. A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2003 May; 160(5): 857-66.
- (62) Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, Lopez-Pousa S, Turon-Estrada A, Lozano-Gallego M, Hernandez-Ferrandiz M, Pericot-Nierga I, Feijoo-Lorza R. Comparison of different clinical diagnostic criteria for depression in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 Jul; 14(7): 589-97.
- (63) Ferri CP, Ames D, Prince M, Dementia Research Group. Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. *Int Psychogeriatr* 2004 Dec; 16(4): 441-59.
- (64) Reichman WE, Coyne AC. Depressive symptoms in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1995 Apr; 8(2): 96-9.
- (65) Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2005 Nov; 162 (11): 2086-93.
- (66) Luketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioural disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000 May; 157(5): 708-14.
- (67) Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989 May; 146 (5): 577-87.
- (68) Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA* 2002 Sep 25; 288(12): 1475-83.
- (69) Pancrazi MP. La dépression dans la maladie d'Alzheimer. *Rev de gériatrie* 2002; 27 :202-6 dans (7)
- (70) Rovner BW, Broadhead J, Spencer M, Carson K, Folstein MF. Depression and Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989 Mar; 146(3): 350-3.
- (71) Rigaud AS. Epidemiology of depression in patients with Alzheimer's disease and in their caregivers. *Presse Med* 2003 Jul 12; 32(24 Suppl): S5-8.
- (72) Eléments pour le diagnostic des patients déments. *Bibliomed* numéro 133 du 18 fev 1999.
- (73) Korner A, Lauritzen L, Abelskov K, Gulmann N, Marie Brodersen A, Wedervang-Jensen T, Marie Kjeldgaard K. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nord j Psychiatry* 2006; 60(5): 360-4.
- (74) Muller-Thomsen T, Arit S, Mann U, Mass R, Ganzer S. Detecting depression in Alzheimer's disease: evaluation of four different scales. *Arch Clin Neuropsychol* 2005 Mar; 20(2): 271-6.
- (75) Snowdon J, Fleming R. Recognising depression in residential facilities: an Australian challenge. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 Sep 18.
- (76) Dr Michel Allard, Professeur Bernard Forette. Dépression et autres troubles de l'humeur. **SYLLABUS GERIATRIQUE**
- (77) Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T, Meyers BS, Young RC, Klausner E, Clarkin J. Disability in geriatric depression. *Am J Psychiatry* 1996 Jul; 153(7): 877-85.
- (78) Stein MB, Barrett-Connor E. Quality of life in older adults receiving medications for anxiety, depression, or insomnia: findings from a community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002 Sep-Oct; 10(5): 568-74.
- (79) Doraiswamy PM, Khan ZM, Donahue RM, Richard NE. The spectrum of quality-of-life impairments in recurrent geriatric depression. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002 Feb; 57(2): M134-7.
- (80) Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJ, Twisk JW, Van Tilburg W. The longitudinal effect of depression on functional limitations and disability in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychol Med* 2001 Nov; 31(8) 1361-71.

- (81) Penninx BW, Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg W. Effects of depression on physical health and mortality in the elderly. Longitudinal results of the LASA research. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2000 Oct; 31(5): 211-8.
- (82) Mc Cusker J, Cole M, Ciampi A, Latiner E, Windholz S, Belzile E. Major depression in older medical inpatients predicts poor physical and mental health status over 12 months. *Gen Hosp Psychiatry* 2007 Jul-Aug; 29(4): 340-8.
- (83) Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Deeg DJ, Wallace RB. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA* 1998 Jun 3; 279(21): 1720-6
- (84) Russo A, Cesari M, Onder G, Zamboni V, Barillaro C, Pahor M, Bernabei R, Landi F. Depression and physical function: results from the aging and longevity study in the Sirente geographic area (iLSIRIENTE Study). *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007 Sep; 20(3): 131-7.
- (85) Cronin-Stubbs D, de Leon CF, Beckett LA, Field TS, Glynn RJ, Evans DA. Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Arch Intern Med* 2000 Nov 13; 160(20): 3074-80
- (86) Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM, Kresevic DM, Landefeld CS. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. *Ann Intern Med* 1997 Mar 15; 126(6): 417-25.
- (87) Janice Hopkins Tanne. Depression affects elderly people's lives more than physical illness. *BMJ* 2004; 329: 1307(4dec).
- (88) Dr J. Bollen, Dr A. Dufour, Pr J. Godderis, Pr Ph. Meire, Dr L. Thoné, Pr M. Van Moffaert. Dépression et vieillissement. *Ligue Belge de la dépression*.
- (89) Faire face à la dépression. *Bulletin du Conseil Consultatif National sur le troisième âge*. Canada. Été 2000, volume 13, numéro 3
- (90) Blow FC, Serras AM, Barry KL. Late-life depression and alcoholism. *Curr Psychiatry Rep* 2007 Feb; 9(1): 14-9.
- (91) Seitz HK, Stickel F. Alcoholic liver disease in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2007 Nov; 23(4): 905-21.
- (92) Blow FC, Walton MA, Barry KL, Coyne JC, Mudd SA, Copeland LA. The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. *J Am Geriatr Soc* 2000 Jul; 48(7): 769-74.
- (93) Kirchner JE, Zubritsky C, Cody M, Coakley E, Chen H, Ware JH, Oslin DW, Sanchez HA, Durai UN, Miles KM, Liorente MD, Costantino G, Levkoff S. Alcohol consumption among older adults in primary care. *J Gen Intern Med* 2007 Jan; 22(1): 92-7.
- (94) van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, Deeg DJ, Beekman AT, van Aijk JT. Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age Ageing* 2003 Jan; 32(1): 81-7.
- (95) R Trouillet, S. Martin, M-C. Gély-Nargeot. Approche psycho dynamique de la dépression du sujet âgé institutionnalisé. Montpellier
- (96) Sewitch MJ, McCusker J, Dendukuri N, Yaffe MJ. Depression in frail elders: impact on family caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Jul; 19(7): 655-65.
- (97) Neundorfer MM, McClendon MJ, Smyth KA, Stuckey JC, Strauss ME, Patterson MB. A longitudinal study of the relationship between levels of depression among persons with Alzheimer's disease and levels of depression among their family caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001 Sep; 56(5): P301-13.
- (98) Canadian Study of Health and Aging Working Group, "Patterns of caring for people with dementia", *Revue canadienne du vieillissement* 13/4, hiver 1994 in (14).
- (99) Langa KM, Valenstein MA, Frendrick AM, Kabeto MU, Vijan S. Extent and cost of informal caregiving for older Americans with symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 2004 May; 161(5): 857-63.

- (100) Unützer J, Patrick DL, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, Katon W. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. *JAMA* 1997 May 28; 277(20): 1618-23.
- (101) Frémont P. Clinical aspects of the depression in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2004 Sep; 2 suppl 1: S19-27.
- (102) Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2003 Sep; 60(9): 897-903.
- (103) Burns MJ, Cain VA, Husaini BA. Depression service utilization, and treatment costs among Medicare elderly: gender differences. *Home Health Care Serv Q* 2001; 19(3): 35-44.
- (104) Cole MG, Mc Cusker J, Ciampi A, Windholz S, Latiner E, Belzile E. The prognosis of major and minor depression in older medical inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 Nov; 14(11): 966-75.
- (105) Lyness JM, Caine ED, King DA, Conwell Y, Duberstein PR, Cox C. Depressive disorders and symptoms in older primary care patients: one-year outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002 May-Jun; 10(3): 275-82
- (106) Mueller TI, Kohn R, Leventhal N, Leon AC, Solomon D, Coryell W, Endicott J, Alexopoulos GS, Keller MB. The course of depression in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004 Jan-Feb; 12(1): 22-9.
- (107) Lovestone S, Howard R. Depression in elderly people. *London: Martin dunitz Ltd* 1996:7 in "Hazif-Thomas, Ph. Thomas. L'importance de la dépression et les moyens de la dépister chez les personnes âgées. *Centre de gérontologie Pasteur CHU Poitiers C.*»
- (108) Gérontopsychiatrie : la dépression et la douleur du sujet âgé. Dr Fabrice LORIN mai 2007.
- (109) Ariyo AA, Haan M, Tangen CM, Rutledge JC, Cushman M, Dobs A, Furberg CD. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. *Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Circulation* 2000 Oct 10; 102(15): 1773-9.
- (110) Lavretsky H, Bastani R, Gould R, Huang D, Liorente M, Maxwell A, Jarvik L, UPBEAT Collaborative Group. Unified Psycho geriatric Bio psychological Evaluation and Treatment. Predictors of two-year mortality in a prospective "UPBEAT" study of elderly veterans with comorbid medical and psychiatric symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002 Jul-Aug; 10(4): 458-68.
- (111) Unützer J, Patrick DL, Marmon T, Simon GE, Katon WJ. Depressive symptoms and mortality in a prospective study of 2,558 older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002 Sep-Oct; 10(5): 521-30.
- (112) Royall DR, Schillerstrom JE, Piper PK, Chiodo LK. Depression and mortality in elders referred for geriatric psychiatry consultation. *J Am Med Assoc* 2007 Jun; 297(5): 318-21. Epub 2007 May 7.
- (113) Pulska T, Pahkala K, Laippala P, Kivelä SL. Survival of elderly Finns suffering from dysthymic disorder : a community study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 Jul; 33(7): 319-25.
- (114) Mehta KM, Yaffe K, Langa KM, Sands L, Whooley MA, Covinsky KE. Additive effects of cognitive function and depressive symptoms on mortality in elderly community-living adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003 May; 58(5): M461-7.
- (115) Kauppila T, Pesonen A, Tarkkila P, Rosenberg PH. Cognitive dysfunction and depression may decrease activities in daily life more strongly than pain in community-dwelling elderly adults living with persistent pain. *Pain Pract* 2007 Sep; 7(3): 241-7.
- (116) Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes par Mme Maryvonne Briot, députée au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de Santé, n°422 (2005-2006) – 22 juin 2006.
- (117) Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. *HAS* 2007.

- (118) Newman SC, Hassan AI. Antidepressant use in the elderly population in Canada: results from a national survey. *J Gerontol* 1999; 54: 527-30. in (1).
- (119) Lecrubier Y, Hergueta T. Differences between prescription and consumption of antidepressants and anxiolytics. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13:7-11. in (1).
- (120) Ohayon MM, Caulet M, Priest RC, Guilleminault C. Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 273-83. in (116).
- (121) Ohayon MM, Caulet M, P.L. Sujets âgés, habitudes de sommeil et de consommation de psychotropes dans la population française. *Encéphale* 1996; 22: 337-50. in (1).
- (122) Fitch K, Molnar FJ, Power B, Wilkins D, Man-Son-Hing M. Antidepressant use in older people: family physicians' knowledge, attitudes, and practices. *Can Fam Physician* 2005 Jan; 51: 80-1.
- (123) Wang PS, Schneeweiss S, Brookhart MA, Glynn RJ, Mogun H, Patrick AR, Avorn J. Suboptimal antidepressant use in the elderly. *J Clin Psychopharmacol* 2005 Apr; 25(2): 118-26.
- (124) Legrain M, Lecomte T. La consommation des psychotropes en France et quelques pays européens. *Ann Pharm Fr* 1998; 56 :67-75 in (1)
- (125) Mittmann N, Herrmann N, Einarson TR, Busto UE, Lanctôt KL, Liu BA, Shulman KI, Silver IL, Narango CA, Shear NH. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 1997 Dec; 46(3): 191-217.
- (126) Bump GM, Mulsant BH, Pollock BG, Mazumdar S, Begley AE, Dew MA, Reynolds CF 3rd. Paroxetine versus nortriptyline in the continuation and maintenance treatment of depression in the elderly. *Depress Anxiety* 2001; 13(1): 38-44.
- (127) Sheikh JI, Cassidy EL, Doraiswamy PM, Salomon RM, Hornig M, Holland PJ, Mandel FS, Clary CM, Burt T. Efficacy, safety, and tolerability of sertraline in patients with late-life depression and comorbid medical illness. *J Am Geriatr Soc* 2004 Jan; 52(1): 86-92.
- (128) Forlenza OV, Stoppe Junior A, Hirata ES, Ferreira RC. Antidepressant efficacy of sertraline and imipramine for the treatment of major depression in elderly outpatients. *Sao Paulo Med J* 2000 Jul 6; 118(4): 99-104.
- (129) Rocca P, Calvarese P, Faggiano F, Marchiaro L, Mathis F, Rivoira E, Taricco B, Bogetto F. Citalopram versus sertraline in late-life nonmajor clinically significant depression: a 1 year follow-up clinical trial. *J Clin Psychiatry* 2005 Mar; 66(3): 360-9.
- (130) Gerson S, Belin TR, Kaufman A, Mintz J, Jarvik L. Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. *Harv Rev Psychiatry* 1999 May-Jun; 7(1): 1-28.
- (131) Szanto K, Mulsant BH, Houck P, Dew MA, Reynolds CF 3rd. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*.2003 Jun; 60(6): 610-7.
- (132) Shmuelly Y, Baumgarten M, Rovner B, Berlin J. Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr* 2001 Mar; 13(1): 63-73.
- (133) Whyte EM, Dew MA, Gildengers A, Lenze EJ, Bharucha A, Mulsant BH, Reynolds CF. Time course of response to antidepressants in late-life major depression: therapeutic implications. *Drugs Aging* 2004; 21(8): 532-54.
- (134) Streim JE, Oslin DW, Katz IR, Smith BD, DiFilippo S, Cooper TB, Ten Have T. Drug treatment of depression in frail elderly nursing home residents. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000 Spring; 8(2): 150-9.
- (135) Williams JW Jr, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, Cornell J, Sengupta A. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000 Sep 27; 284(12): 1519-26.
- (136) Herrmann N. Recommendations for the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Can J Neurol Sci* 2001 Feb; 28 Suppl 1: S96-107.

- (137) Thompson S, Herrmann N, Rapoport MJ, Lanctôt KL. Efficacy and safety of antidepressants for treatment of depression in Alzheimer's disease: a metaanalysis. *Can J Psychiatry* 2007 Apr; 52(4): 248-55.
- (138) Lyketsos CG, DelCampo L, Steinberg M, Miles Q, Steele CD, Munro C, Baker AS, Sheppard JM, Frangakis C, Brandt J, Rabins PV. Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. *Arch Gen Psychiatry*.2003 Jul; 60(7): 737-46.
- (139) Karlsson I, Godderis J, Augusto De Mendonca Lima C, Nygaard H, Simanyi M, Taal M, Eglin M. A randomised, double-blind comparison of the efficacy and safety of citalopram compared to mianserin in elderly, depressed patients with or without mild to moderate dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*.2000 Apr; 15(4): 295-305.
- (140) Thomas P, Hazif-Thomas C, Clement JP. Influence of antidepressant therapies on weight and appetite in the elderly. *J Nutr Health Aging*.2003; 7(3): 166-70.
- (141) Sable JA, Dunn LB, Zisook S. Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics* 2002 Feb; 57(2): 18-9, 22-3,26 passim.
- (142) Arean PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biol Psychiatry* 2002 Aug 1; 52(3): 293-303.
- (143) Scogin F, McElreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1994 Feb; 62(1): 69:74.
- (144) Jarvik LF, Mintz J, Steuer J, Gerner R. Treating geriatric depression: a 26-week interim analysis. *J Am Geriatr Soc* 1982 Nov; 30(11), 713-7.
- (145) Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006 Déc.;21(12): 1139-49.
- (146) Place de la psychothérapie dans le traitement de la dépression du sujet âgé. J-M Azorin dans « Les dépressions du sujet âgé » *PRID Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression MASSON* 1996
- (147) Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D, Sommer BR, Koin D. Comparison of desipramine and cognitive/behavioural therapy in the treatment of elderly outpatients with mild to moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001 Summer; 9(3): 225-40.
- (148) Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomised controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999 Jan 6; 281(1): 39-45.
- (149) Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, Kupfer DJ. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in late life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1999 Feb; 156(2): 202-8.
- (150) Miller MD, Cornes C, Frank E, Ehrenpreis L, Silberman R, Schiernitzauer MA, Tracey B, Richards V, Wolfson L, Zaltman J, Bensasi S, Reynolds CF 3rd. Interpersonal psychotherapy for late-life depression: past, present and future. *J Psychother Pract Res* 2001 fall; 10(4): 231-8.
- (151) Miller MD, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. The value of maintenance interpersonal psychotherapy (IPT) in older adults with different IPT foci. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 Jan-Feb; 11(1): 97-102.
- (152) Gum A, Arean PA. Current status of psychotherapy for mental disorders in the elderly. *Curr Psychiatry Rep* 2004 Feb; 6(1): 32-8.
- (153) Kunik ME, Braun U, Stanley MA, Wristers K, Molinari V, Stoeber D, Orenge CA. One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychol Med* 2001 May;31(4): 717-23.
- (154) Teri L. Behavioural treatment of depression in patients with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994; 8 Suppl 3: 66-74.

- (155) Barolin GS. Psychotherapy in senile dementia?! *Wien Med Wochenschr* 2001; 151(15-17); 341-7.
- (156) Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry SM. Behavioural treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997 Jul; 52(4): P159-66.
- (157) Haupt M. The course of behaviour disorders and their psychosocial treatment in patients with dementia. *Z Gerontol Geriatr* 1999 Jun; 32(3): 159-66
- (158) Alexopoulos GS, Raue P, Areal P. Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 Jan-Feb; 11(1): 46-52.
- (159) Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006 Sep; 163(9): 1493-501.
- (160) Patrick Fremont. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse* 2004 ; vol. 2 (Suppl. 1) : S19-S27.
- (161) NIH consensus conference. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992; 1018-24.
- (162) Steffens DC, Skoog I, Norton MC. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 601-7.
- (163) Crystal S, Sambamoorthi U, Walkup JT, Akincigil A. Diagnosis and treatment of depression in the elderly medicare population: predictors, disparities and trends. *J Am Geriatr Soc* 2003 Dec; 51(12): 1718-28.
- (164) Sambamoorthi U, Olfson M, Walkup JT, Crystal S. Diffusion of new generation antidepressant treatment among elderly diagnosed with depression. *Med Care* 2003 Jan; 41(1): 180-94.
- (165) Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG, Hollenberg JP, DiDomenico TN, Charlson ME, Alexopoulos GS. Depression and service utilization in elderly primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001 Spring; 9(2): 169-76.
- (166) Engberg S, Sereika S, Weber E, Engberg R, McDowell BJ, Reynolds CF. Prevalence and recognition of depressive symptoms among homebound older adults with urinary incontinence. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001 Fall; 14(3): 130-9.
- (167) Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ, Jagoda DR, Weber C. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry* 2002 Aug; 159(8): 1367-74.
- (168) Pfaff JJ, Almeida OP. Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. *J Affect Disord* 2004 Nov 15; 83(1): 73-7.
- (169) McCabe MP, Davison T, Mellor D, Gorge K, Moore K, Ski C. Depression among older people with cognitive impairment: prevalence and detection. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006 Jul; 21(7): 633-44.
- (170) Unützer J. Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biol Psychiatry* 2002 Aug 1; 52(3): 285-92.
- (171) Rolland Y, Hermabessière S, Abellan van Kan G, Gérard S, Guyonnet-Gillette S, Vellas B. Description des résidents d'EHPA : données de l'enquête menée par le réseau REHPA (Recherche en établissements d'hébergement pour personnes âgées). *Cah Année Gerontol* (2009) 1 :35-41.
- (172) Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Propositions d'actions concertées. *HAS* Octobre 2007.
- (173) Holmquist IB, Svensson B, Höglund P. Perceived anxiety, depression, and sleeping problems in relation to psychotropic drug use among elderly in assisted-living facilities. *Eur J Clin Pharmacol* 2005 May; 61(3):215-24.Epub 2005 Mar 11.
- (174) Molter-Bock E, Hasford J, Pfundstein T. Psychopharmacological drug treatment in Munich nursing homes. *Z Gerontol Geriatr* 2006 Oct; 29(5): 336-43.

- (175) Gobert M, D'Hoore W. Prevalence of psychotropic drug use in nursing homes for the aged in Quebec and the French-speaking area of Switzerland. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Aug; 20(8): 712-21.
- (176) Mann E, Kopke S, Haastert B, Pitkala K, Meyer G. Psychotropic drug use among nursing home residents in Austria : a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2009 May 21;9(1): 18.
- (177) Prescription de neuroleptiques en maison de retraite (Etude de 2200 prescriptions). *Annales médico-psychologiques* 2007 Volume 165, numéro 4 :258-262.
- (178) German PS, Rovner BW, Burton LC, et al. The role of mental morbidity in the nursing homes experience. *Gerontologist* 1992; 32: 152-158.
- (179) Magaziner J, German P, Zimmerman SI, et al. The prevalence of dementia in a state-wide sample of new nursing home admissions aged 65 and older: diagnosis by expert panel. Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. *Gerontologist* 2000; 40: 663-672.
- (180) Rovner BW, German PS, Broadhead J, et al. The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes. *Int Psychogeriatr* 1990; 2: 13-24.
- (181) Wachterman M, Kiely DK, Mitchell SL. Reporting dementia on the death certificates of nursing home residents dying with end-stage dementia. *JAMA* 2008; 300: 2608-2610.
- (182) Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Boustani M, Watson LC, Williams CS, Reed PS. Characteristics associated with depression in long-term care residents with dementia. *Gerontologist* 2005Oct; 45 Spec N°1(1): 50-5.
- (183) Katz IR, Lecher E, Kleban M, Jethanandanai V, Parmelee P. Clinical features of depression in a nursing home. *Int Psychogeriatr* 1989; 1:5-15.
- (184) Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *J Affect Disord* 2009 May 23.
- (185) Snowdon J, Flemming R. Recognising depression in residential facilities: an Australian challenge. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 Sep 18.
- (186) American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry. Consensus Statement on Improving the Quality of Mental Health Care in U.S. Nursing Homes: Management of Depression and Behavioural Symptoms Associated with Dementia. *JAGS* 2003;51: 1287-1298.
- (187) Muller F, Lechowski L, Denis B, Valentin C, Verlhac B, Teillet L. Diagnostic de dépression chez le patient dément : application de l'échelle de Cornell chez 105 malades hospitalisés en Unités de Soins de Longue Durée. *La Revue de Geriatrie*, Tome 33, N°3 mars 2008.
- (188) Camus V, Schmitt L, Ousset PJ, Micas M. Depression and dementia: contribution to the French validation of 2 depression scales: the Cornell Scale for Depression in Dementia and the Dementia Mood Assessment Scale. *Encephale* 1995 May-Jun; 21(3): 201-8.
- (189) Müller-Thomsen T, Arlt S, Mann U, Mab R, Ganzer S. Detecting depression in Alzheimer's disease : evaluation of four different scales. *Arch of Clin Neuropsychology* 2005; 20: 271-276.
- (190) Deborah A. Late-life depression in primary care. How well are we doing? *Journal of General Internal Medicine* 2007 April; 163-167.
- (191) Glasser M, Gravdal JA. Assessment and treatment of geriatric depression in primary care settings. *Arch Fam Med* 1997 Sep-Oct; 6(5): 433-8.
- (192) John W. Williams, Jr, MD, MHS, Kathryn Rost, PhD, Allen L. Dietrich, MD, Mary C. Ciotti, Stephen J. Zyzanski, John Cornell. Primary care Physicians' Approach to depressive disorders. *Arch Fam Med* 1999; 8: 58-67.
- (193) Bagder LW, deGruy III FV, Hartman J, et al. Psychosocial interest, medical interviews, and the recognition of depression. *Arch Fam Med* 1994; 3: 899-907.

- (194) Burroughs H, Lowell K, Morley M, Badwin R, Burns A, Chew-Graham C. "Justifiable depression": how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract* 2006; 23:369-377.
- (195) Banazak D, B Mullan P, Gardiner J, Rajagopalan S. Practice guideline and late-life depression assessment in long-term care. *J Gen Intern Med* 1999 July; 14(7): 438-440.
- (196) Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tierner WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 833-8.
- (197) Hetson LL, Garrard J, Makris L, et al. Inadequate treatment of depressed nursing home elderly. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 1117-22.
- (198) Fisher LR, Wei F, Solberg LI, Rush LI, Rush WA, Heinrich RL. Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2003 Nov; 51(11): 1554-62.
- (199) Montano CB. Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 45-51.
- (200) Thomas-MacLean R, Stoppard JM. Physicians' constructions of depression: inside/outside the boundaries of edicalisation. *Health: an interdisciplinary journal for the social study of the health. Illness Med* 2004; 8: 275-293.
- (201) Chew-Graham C, May CR, Cola H, Hedley S. The burden of depression in primary care : a qualitative investigation of general practitioners' constructs of depressed people in the inner city. *Prim Care Psychiatry* 2002; 6: 137-141.
- (202) May C, Allison G, Chapple A et al. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociol Health Illn* 2004; 26: 135-158.
- (203) Arean PA, Alvidrez J, Feldman M, Tong L, Shermer R. The role of provider attitudes in prescribing antidepressants to older adults: leverage points for effective provider education. *Int J Psychiatry Med* 2003; 33(3): 241-56.
- (204) Bryant E, Shimizu I. Sample design, sampling variance, and estimation procedures for the National Ambulatory Medical Care Survey. *Vital Health Stat 2* 1988; 29: 252-257.
- (205) Schappert SM, National Ambulatory Medical Care Survey: 1991 summary. *Vital Health Stat* 13. 1994; No.116: 1-110.
- (206) Sptizer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care : the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1994; 272: 1749-1756.
- (207) Knäuper B, Wittchen HU. Diagnosing major depression in the elderly: evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *J Psychiatr Res* 1994 Mar-Apr.; 28(2): 147-64.
- (208) Hegel MT, Unutzer J, Tang L et al. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 48-58
- (209) Katz SJ, Kessler RC, Lin E, Wells KB. Appropriate medication management of depression in the United States and Ontario. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 77-85.
- (210) Wetherell JL, Unutzer J. Adherence treatment for geriatric depression and anxiety. *CNS Spectr* 2003 Dec, 8(12 Suppl 3): 48-59.
- (211) Salzman C. Medication compliance in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 Suppl 1: 18-22.
- (212) Bartels SJ, Dums AR, Oxman TE, Schneider LS, Arean PA, Alexopoulos GS, Jeste DV. Evidence-based practices in geriatric mental health care. *Psychiatr Serv* 2002 Nov; 53(11): 1419-31.
- (213) Moser DK. Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: why clinicians do not seem to care. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2002 Oct; 1(3): 183-8.

- (214) Rabins PV. Barriers to diagnosis and treatment of depression in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1996; 4(suppl 1): S79-S83.
- (215) Gallo J, Ryan S, Ford D. Attitudes, knowledge and behaviour of family physicians regarding depression in late-life. *Arch Fam Med* 1999; 8: 249-256.
- (216) Hunkeler EM et coll. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006; 332: 259-63.
- (217) Glasser M, Gravdal JA. Assessment and treatment of geriatric depression in primary care settings. *Arch Fam Med* 1997;6: 433-438.
- (218) Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse* 2004 ; vol 2 (Suppl 1) :S19-S27.
- (219) Leger JM, Paulin S. La prévalence de la dépression augmente considérablement après 65 ans. *La Revue du Praticien-Médecine générale*. 1998 ; Tome 12, N°405,13-16.
- (220) Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines : impact on depression in primary care. *JAMA* 1995; 273: 1026-1031.
- (221) Katz IR. 1998 . Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementia. *J Clin Psychiatry* 59: S9: 38-44.
- (222) Burke WJ, Rubin EH, Morris JC, Berg L. 1988. Symptoms of depression in dementia of the Alzheimer type. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2: 356-362.
- (223) Cohen CI, Hyland K, Magai C. 1998. Depression among African American nursing home patients with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 6: 162-175.
- (224) Ferrel BA, Ferrel BR, Rivera L. 1995. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 10: 591-598.
- (225) Meldon SW, Emerman CL, Schubert DS, Moffa DA, Etheart RG. 1997. Depression in geriatric ED patients: prevalence and recognition. *Ann Emerg Med* 30: 141-145.
- (226) Sevush S, Leve N. 1993. Denial of memory deficit in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 150; 748-751.
- (227) Snowden M, Roy-Byrne P. 1998. Mental illness and nursing home reform: QBRA-87 ten years later. Omnibus Budget Reconciliation Act. *Psychiatr Serv* 49; 229-233.
- (228) Evers MC, Samuels SC, Lantz M, Khan K, Brickman AM, Marin DB. The prevalence, diagnosis and treatment of depression in dementia patients in chronic care facilities in the last six months of life. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 464-472.

VIII. Annexes

A. ANNEXE 1**L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) à 30 questions**

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui (1)	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui (1)	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui (1)	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui (1)	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui (1)	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui (1)	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	oui (1)	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui (1)	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui (1)	non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui (1)	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui (1)	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui (1)	non
18. Vous faites vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui (1)	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui (1)	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui (1)	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui (1)	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui (1)	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui (1)	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui (1)	non
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	oui	non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui (1)	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non (1)

Etablissement du score et interprétation

0 à 9 : normal	10-19 : légèrement dépressif	20-30 : sévèrement dépressif
----------------	------------------------------	------------------------------

B. ANNEXE 2

Echelle de Depression Gériatrique de Yesavage

Forme abrégée en 15 items.

NB : Cocher la réponse, le score est entre les crochets	[0]	[1]
Q 1 : Etes-vous dans l'ensemble satisfait de votre vie ?	Oui [0]	Non [1]
Q 2 : Avez-vous renoncé à nombre de vos activités et intérêts ?	Oui [1]	Non [0]
Q 3 : Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	Oui [1]	Non [0]
Q 4 : Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui [1]	Non [0]
Q 5 : Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui [0]	Non [1]
Q 6 : Avez-vous peur qu'il ne vous arrive quelque chose de mauvais ?	Oui [1]	Non [0]
Q 7 : Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui [0]	Non [1]
Q 8 : Vous sentez-vous souvent faible et dépendant ?	Oui [1]	Non [0]
Q 9 : Préférez-vous rester chez vous, plutôt que de sortir et faire quelque chose de nouveau?	Oui [1]	Non [0]
Q 10 : Estimez-vous avoir plus de troubles de la mémoire que la plupart des gens ?	Oui [1]	Non [0]
Q 11 : Vous dites vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment ?	Oui [0]	Non [1]
Q 12 : Vous sentez-vous inutile tel que vous êtes aujourd'hui ?	Oui [1]	Non [0]
Q 13 : Vous sentez-vous plein d'énergie ?	Oui [0]	Non [1]
Q 14 : Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui [1]	Non [0]
Q 15 : Croyez-vous que la plupart des gens soient plus à l'aise que vous ?	Oui [1]	Non [0]
"Compter 1 pour : Non" aux questions 1, 5, 7, 11, 13 - "Oui" aux autres questions Score	score/15	
Normal	3 +/- 2	
Légèrement dépressif...	7 +/- 3	
Très dépressif.....	12 +/- 2	

Echelle de Depression Gériatrique de Yesavage * Forme abrégée en 15 items.

D'après Sheikh JL, Yesavage JA : " Geriatric depression scale (gds) : Recent evidence and development of a shorter version", in *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and intervention*, édité par TL Brink. Binghamton, NY, Haworth Press, 1986, pp 165-173.

C. ANNEXE 3

Score de dépistage d'une dépression (Mini-GDS)

Mini-GDS ou GDS 4-items

1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? oui = 1, non = 0
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui = 1, non = 0
3. Etes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ? oui = 0, non = 1
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui = 1, non = 0

Si score total ≥ 1 , très forte suspicion de dépression

Si score total = 0, très forte probabilité d'absence de dépression

D. Annexe 4 - Echelle de Cornell**Nom du patient : Nom de l'aidant consulté :**

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

a = impossible à évaluer - 0 = absent - 1 = modéré ou intermittent - 2 = sévère.

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR

1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement
3. Absence de réaction aux événements agréables
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT

5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES

9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude
10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)

D. FONCTIONS CYCLIQUES

12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude
14. Réveils nocturnes fréquents
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude

E. TROUBLES IDÉATOIRES

16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir
17. Autodépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec
18. Pessimisme, anticipation du pire
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte

TOTAL : I I I sur 38 Nombre de a :

E. ANNEXE 5

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO) (1point par item bien réalisé)

Orientation / 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage / 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare Citron Fauteuil
12. Fleur ou Clé ou Tulipe
13. Porte Ballon Canard

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul / 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel / 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

11. Cigare Citron Fauteuil
12. Fleur ou Clé ou Tulipe
13. Porte Ballon Canard

Langage / 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives / 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

PAGE DU PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président de Thèse
Université
Le Professeur

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Paris Diderot – Paris 7
Monsieur le Professeur Benoît SCHLEMMER

Vu et Permis d'Imprimer
Pour le Président de l'Université Paris Diderot – Paris 7
et par délégation

Le Doyen
Benoît SCHLEMMER

RESUME

Introduction : La dépression est une pathologie fréquente chez les personnes âgées institutionnalisées, démentes. Le sous-diagnostic demeure fréquent malgré l'existence de thérapeutiques pouvant améliorer la qualité de vie.

Objectif : Evaluer un outil d'aide au diagnostic de la dépression chez les déments: l'échelle de Cornell et plus particulièrement en évaluer sa faisabilité dans une institution et identifier les principales difficultés diagnostiques pouvant limiter le diagnostic de cette pathologie.

Méthode : Etude descriptive réalisée au sein de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées et étude qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés, auprès de 12 médecins généralistes intervenant sur cette population.

Résultats : Notre population compte 97 résidents, d'une moyenne d'âge de 86,98 ans, dont 48,47% déments. L'application de l'échelle de Cornell semble discutée puisque chez 23% des résidents, tous ayant une démence modérément sévère (7/22) ou sévère (15/22) elle n'a pu être appliquée. Par ailleurs, les obstacles diagnostiques sont nombreux, à la fois médicaux, psycho-socio-comportementaux on ne peut négliger l'aspect matériel: le manque de temps, les failles dans la formation de la pathologie démentielle, la difficulté à en saisir les perturbations psychiatriques, l'altération de la relation médecin malade, la banalisation de la dépression chez les déments, la crainte, le pessimisme face aux options thérapeutiques disponibles, des avis spécialisés peu disponibles, un personnel paramédical limité en nombre, peu formé.

Conclusion : Bien que l'on ne puisse faire abstraction de la réalité des impératifs quotidiens en médecine générale, des efforts pour améliorer la qualité des soins a besoin de surpasser ces difficultés par l'instauration d'actions communes : pluridisciplinarité, repérage des résidents à risque par des consultations systématiques, l'abandon des préjugés par une éducation des soignants adaptée, une formation du personnel adéquate spécifique de la démence. Il serait intéressant d'évaluer la faisabilité de ces actions et surtout leur efficacité par des études interventionnelles.

Mots clés : dépression, démence, gériatrie, sous-diagnostic, institution, médecine générale.